

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE CUIDADO DE LA SALUD DE LOS  
COLECTIVOS QUE TIENEN LOS ENFERMEROS COORDINADORES DE  
PLANES DE SALUD TERRITORIAL DE PUERTO LÓPEZ, CUMARAL,  
ACACIAS, RESTREPO, PUERTO GAITAN Y GUAMAL EN EL  
DEPARTAMENTO DEL META, DURANTE EL AÑO 2015**

**JULIETH PAOLA LOZANO VELASQUEZ  
ANDREA DEL PILAR VELASQUEZ VARGAS**

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
VILLAVICENCIO, META  
2015**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE CUIDADO DE LA SALUD DE LOS  
COLECTIVOS QUE TIENEN LOS ENFERMEROS COORDINADORES DE  
PLANES DE SALUD TERRITORIAL DE PUERTO LÓPEZ, CUMARAL,  
ACACIAS, RESTREPO, PUERTO GAITAN Y GUAMAL EN EL  
DEPARTAMENTO DEL META, DURANTE EL AÑO 2015**

**JULIETH PAOLA LOZANO VELASQUEZ  
ANDREA DEL PILAR VELASQUEZ VARGAS**

**Proyecto EPI presentado al Centro de Investigaciones de la Facultad de  
ciencias de la salud, como trabajo de opción de grado para optar al  
Enfermera**

**Directoras**

**PATRICIA ELIZABETH LEÓN SAAVEDRA  
Enfermera. Magister en desarrollo educativo y social. Magister en  
investigación en atención primaria. Especialista en salud familiar**

**NELLY JOHANNA LOBOA RODRIGUEZ  
Enfermera. Magister en salud pública. Magister en investigación en atención  
primaria. Especialista gerencia en salud pública.**

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
VILLAVICENCIO, META  
2015**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

**PATRICIA ELIZABETH LEÓN SAAVEDRA**  
Directora

---

**NELLY JOHANNA LOBOA RODRIGUEZ**  
Directora

---

**CLARA ROCIO GALVIS LOPEZ**  
Director Centro de Investigaciones FCS

Villavicencio, \_\_\_\_ de Diciembre de 2015

## **DEDICATORIA**

*Dedico la investigación realizada en este proyecto a mi familia, por su motivación constante en la continuidad de mi educación y todas las personas que me impulsan diariamente en este proceso. A mi compañera de tesis, que brindo aportes valiosos en la construcción de esta investigación.*

***Julieth Paola Lozano Velásquez***

*Agradezco a Dios y a mi familia el apoyo incondicional brindado para colocar una meta más en mi camino, y ser una buena profesional al servicio de las personas.*

***Andrea del Pilar Velásquez Vargas***

## **AGRADECIMIENTOS**

*Damos gracias primordialmente a Dios por darnos la inteligencia, sabiduría, paciencia, entendimiento y la capacidad para ejercer este proyecto. A nuestras familias por todo su apoyo, comprensión y confianza. A la profesora Patricia León Saavedra por su constante ayuda y guía en el proyecto.*

## CONTENIDO

	pág.
1 INTRODUCCION .....	9
2 JUSTIFICACIÓN .....	11
3 OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO .....	13
3.1 Objetivo general .....	13
3.2 Objetivos específicos .....	13
4 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN EPI .....	14
4.1 Objetivo general .....	14
4.2 Objetivos específicos .....	14
5 MARCO REFERENCIAL .....	15
5.1 MARCO TEORICO.....	15
5.2 MARCO CONCEPTUAL .....	16
5.2.1 Salud .....	16
5.2.2 Enfermedad.....	16
5.2.3 Conocimiento .....	16
5.2.4 Actitud .....	16
5.2.5 Comunidad.....	17
5.2.6 Salud comunitaria .....	17
5.2.7 Estilo de vida.....	17
5.2.8 Calidad de vida .....	17
5.2.9 Promoción de la salud.....	17
5.2.10 Prevención de la enfermedad .....	17
5.2.11 Salud pública.....	17
5.3 MARCO INVESTIGATIVO .....	18
5.3.1 Funciones en salud pública de enfermería y adquisición del conocimiento, departamento del Meta .....	18
5.3.2 Salud pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad.....	18
5.3.3 Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. ....	19
5.3.4 Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. ....	19
5.3.5 Enfermería basada en evidencias. Barreras y estrategias para su implementación. ....	20
5.3.6 Agente comunitario de salud: una revisión de literatura.....	20
5.3.7 Participación social en salud: conceptos de usuarios, Líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas En Colombia. Una mirada cualitativa. ....	21
5.3.8 Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger.....	21
5.3.9 La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. ....	22
5.3.10 La contribución de la Evidencia Cualitativa, al campo del cuidado y la salud comunitaria .....	22
5.3.11 La enfermera comunitaria de enlace en el servicio Andaluz de salud....	23

5.3.12	Enfermería en salud comunitaria: Un enfoque de sistemas. ....	23
5.3.13	Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. ....	24
5.3.14	La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. ....	24
5.3.15	Enfermería y gerencia de caso .....	25
5.3.16	Enfermería de salud comunitaria: modalidades y práctica. ....	25
5.3.17	Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud.....	26
5.4	MARCO LEGAL. ....	27
5.4.1	Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021 .....	27
5.4.2	Ley 1438 de 2011 .....	27
5.4.3	Resolución 0425 de 2008.....	27
5.4.4	Ley 911 de 2004 .....	28
6	METODOLÓGICO.....	29
6.1	MARCO SITUACIONAL .....	29
6.1.1	Puerto López, Meta- Colombia.....	29
6.1.1.1	Ubicación geográfica.....	29
6.1.1.2	En servicios públicos.....	30
6.1.1.3	Salud .....	30
6.1.2	Cumalar, Meta- Colombia .....	31
6.1.2.1	Ubicación geográfica.....	31
6.1.2.2	Población .....	31
6.1.2.3	Salud .....	32
6.1.3	Acacias, Meta – Colombia.....	32
6.1.3.1	Ubicación geográfica.....	32
6.1.3.2	Población .....	32
6.1.3.3	Salud .....	32
6.1.4	Puerto Gaitán, Meta – Colombia .....	33
6.1.4.1	Ubicación Geográfica: .....	33
6.1.4.2	División Político-Administrativa: .....	33
6.1.4.3	Centros poblados: .....	33
6.1.4.4	Veredas:.....	33
6.1.4.5	Barrios:.....	33
6.1.4.6	Resguardos:.....	34
6.1.4.7	Estructura Poblacional: .....	34
6.1.4.8	Salud: .....	34
6.1.4.9	Redes Prestadoras de Servicios de Salud .....	34
6.1.5	Restrepo, Meta – Colombia.....	34
6.1.5.1	Límites del municipio:.....	34
6.1.5.2	Extensión total:.....	35
6.1.5.3	Prestación y garantía de servicios de salud: .....	35
6.1.6	Guamal, Meta – Colombia.....	36
6.1.6.1	Descripción Física: .....	36
6.1.6.2	Límites del municipio:.....	36

6.1.6.3	Población: .....	36
6.1.6.4	Salud: .....	36
6.1.6.5	Situación de Prestación de Servicios .....	37
6.1.7	Universo .....	37
6.1.8	Población .....	37
6.1.9	Muestra .....	37
6.1.10	Criterios de inclusión .....	38
6.1.11	Criterios de exclusión .....	38
6.1.12	Procedimiento para la recolección de la información .....	38
6.1.13	Consideraciones éticas .....	39
7	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	40
7.1	Análisis de actitudes frente al cuidado de la salud de los colectivos .....	40
7.2	Análisis de conocimientos frente al cuidado de la salud de los colectivos. ....	43
7.3	5.3 Análisis de tendencias por ejes temáticos.....	46
7.4	5.4 Análisis de relación de conocimientos frente a las actitudes.....	50
8	. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	53
9	CONCLUSIONES.....	58
10	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	60
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60
	ANEXOS.....	67



## 1 INTRODUCCION

El presente proyecto se construyó en el marco de la investigación sobre los conocimientos y las actitudes que sobre el cuidado de la salud de los colectivos tienen los profesionales de Enfermería de coordinadores de PST de los municipios del Meta. Dicho proyecto se plantea teniendo como referente la necesidad de investigar, sistematizar las experiencias, formular nuevas preguntas a partir de prácticas anteriores y actuales, y ampliar el campo del conocimiento del cuidado de la salud de los colectivos, con formulaciones teóricas y metodológicas que permitan avanzar hacia nuevas formas de relación, de vinculación de la enfermería con las personas, las familias, los grupos, los colectivos, las instituciones y el Estado.

El profesional de Enfermería, en este campo, requiere de conocimientos, actitudes y prácticas que le permitan establecer relaciones comunicativas comprensivas con los grupos interdisciplinarios y los diferentes colectivos humanos con los cuales interactúa. Por lo tanto, su práctica social debe estar respaldada por propuestas que aporten significativamente a la transformación del cuidado y de los servicios de salud y de Enfermería.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo que pretendió describir los conocimientos y las actitudes que sobre el cuidado de la salud de los colectivos mantiene los profesionales de Enfermería ya que se investigó las situaciones que ocurren en condiciones naturales, los datos que se identificaron y analizaron fueron originales y empíricos. Los resultados se agruparán según las variables determinadas para generar procesos explicativos minimizando los sesgos por interpretaciones personales de las investigadoras y avanzar hacia el logro de los objetivos propuestos.

Es por ello que pensar en la naturaleza, contenido y enfoque del cuidado de Enfermería en el ámbito de la salud colectiva, genera una serie de preocupaciones e interrogantes relacionados con la visión que tiene el profesional de enfermería del cuidado de la salud desde la dimensión científico-técnica, profesional, humanística y social (1). Además, la comprensión del cuidado de Enfermería implica la reflexión del profesional sobre su práctica, su transformación de acuerdo con los cambios en el contexto socio-político, económico y cultural y con los retos y desafíos que tiene que enfrentar para dimensionar el cuidado en los nuevos escenarios que debe compartir con otras disciplinas y sectores de la sociedad (2).

Es por ello que busca determinar cuáles son los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería sobre la enfermería se ha concebido como una práctica social, y como tal los profesionales han desarrollado a través del tiempo avances significativos a partir de la reflexión y la teorización sobre dicha práctica el cuidado de la salud de los colectivos humanos, analizar la interacción existente

entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas, e interpretar cómo estas categorías se expresan en el cuidado de la salud en los escenarios sociales, además de analizar los objetos de transformación actuales y emergentes en la práctica de enfermería y su aporte al desarrollo y humanístico de la profesión.

El cuidado de la salud, como objeto de conocimiento de la profesión de Enfermería, es entendido como la interacción humana, científica y técnica entre la enfermera, la persona y los colectivos, cuya intencionalidad es promover la salud, prevenir, atender y rehabilitar en la enfermedad, procurando el desarrollo humano y social de los sujetos participantes en el cuidado. Por lo tanto, representa para el profesional de Enfermería un reto para sí mismo, porque implica gestionar su propio proyecto de vida y reconocerse como persona y como profesional en los mundos físico, social y simbólico que constituyen su universo de la vida. Además, propicia la interacción con otros seres humanos en los diferentes espacios de la cotidianidad, para comprender el sentido que les dan a sus proyectos de vida y de salud, y de esta manera contribuye al desarrollo individual y colectivo (3).

## JUSTIFICACIÓN

El cuidado de Enfermería a los colectivos implica un compromiso de la Enfermería como grupo profesional, con una postura crítica, propositiva y transformadora; y además se debe asumir el campo de la promoción de la salud como un propósito general y un compromiso social a través de la definición de líneas de intervención profesional dirigidas, fundamentalmente, a Desarrollar acciones específicas de la práctica como la vigilancia epidemiológica, la planificación y las metodologías participativas, para intervenir problemas sanitarios concretos, y evaluar la eficacia y eficiencia de las acciones sobre el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de los colectivos. La gestión de proyectos de salud y desarrollo humano orientados hacia una alta calidad en la atención, hacia la construcción de comunidad entendida desde su pluralidad, diversidad y heterogeneidad, y hacia la formación del sentido de pertenencia que garantice la participación protagónica y autónoma de los colectivos; participación que le permitirá asumir y posicionarse frente a la salud como un asunto articulado a la toma de decisiones en los escenarios públicos de la política y la vida cotidiana (4).

La actividad investigativa que deben desarrollar los profesionales de Enfermería como forma de construir conocimiento para explicar la producción, magnitud y distribución del proceso salud-enfermedad colectivo y para comprender los significados sociales sobre los cuales, individuos y grupos, fundamentan e incorporan sus comportamientos y posturas frente a la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Lo anterior, permite rescatar el valor y el sentido de la cotidianidad como espacio en el que se tiene la experiencia de vivir, y se elaboran las representaciones y sentidos sobre los fenómenos de estar sano o enfermo, además de asumir el reto de la construcción de indicadores cuantitativos y cualitativos positivos con relación a la salud y el desarrollo humano, lo cual permitirá realizar estudios socio epidemiológicos por grupos, localidades y regiones con características económicas, y de desarrollo humano y social, propias. Y basados en sus resultados implementar las mejores estrategias para combatir sus problemáticas (5).

Por otra parte, Enfermería debe contribuir y liderar, desde su saber y su quehacer, la articulación, coordinación e integración de los programas de salud, y otras acciones, que se realizan en las comunidades, para reorientarlos hacia la movilización de las condiciones de vida, el logro del desarrollo humano social y el bienestar tanto individual como colectivo de dicha comunidad (5).

A partir de lo anterior se sustenta la importancia de intervenciones desde estas categorías del conocimiento que llevadas a la práctica generan en los profesionales de Enfermería acciones tendientes a incidir de modo favorable en los perfiles epidemiológicos de nuestras sociedades, los cuales oscilan entre eventos crónicos y agudos que en la mayoría de las ocasiones son determinados

por factores prevenibles a partir de conductas saludables, las cuales se dinamizarán desde el rol disciplinar de Enfermería a través de intervenciones enmarcadas en el cuidado individual y el cuidado de la salud a colectivos.

Por ultimo cabe recalcar que los conocimientos y las actitudes de los profesionales de Enfermería son herramientas de vital importancia para brindar un cuidado individual y colectivo óptimo y de calidad, enfocados en las necesidades de la población teniendo en cuenta sus particularidades.

## **2 OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO**

### **2.1 Objetivo general**

Describir los conocimientos y las actitudes que sobre el cuidado de la salud de los colectivos tienen los profesionales de Enfermería coordinadores de plan de salud territorial en municipios del departamento del Meta, durante el año 2015.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar los conocimientos y las actitudes que sobre el cuidado de la salud de los colectivos tienen los profesionales de Enfermería.
- Reconocer las actitudes que sobre el cuidado de la salud de los colectivos tienen los profesionales de Enfermería.
- Establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes sobre el cuidado de la salud de los colectivos tienen los profesionales de Enfermería.

### **3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN EPI**

#### **3.1 Objetivo general**

Determinar los conocimientos y actitudes sobre cuidado de la salud de los colectivos, de enfermeros coordinadores de los planes de salud territorial de Puerto López, Cumaral, Guamal, Puerto Gaitán, Restrepo y Acacias en el departamento del Meta, durante el año 2015.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar el saber del profesional de Enfermería sobre el cuidado de la salud de los colectivos de Puerto López, Cumaral, Guamal, Puerto Gaitán, Restrepo y Acacias en el departamento del Meta, durante el año 2015.
- Reconocer las actitudes que sobre el cuidado de la salud de los colectivos tienen los profesionales de Enfermería, de Puerto López, Cumaral, Guamal, Puerto Gaitán, Restrepo y Acacias en el departamento del Meta, durante el año 2015.
- Establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes sobre el cuidado de la salud de los colectivos tienen los profesionales de Enfermería, de Puerto López, Cumaral, Guamal, Puerto Gaitán, Restrepo, y Acacias en el departamento del Meta, durante el año 2015.

## **4 MARCO REFERENCIAL**

### **4.1 MARCO TEORICO**

Basándonos en algunas teorías para la definición de la salud con enfoque social destacamos la perspectiva de la teorista Myra Levine, quien nos dice que la salud está determinada socialmente. En su modelo de la conservación deja explícito que la salud esta predeterminada por los grupos sociales y no es solamente una ausencia de situaciones patológicas. Presenta a la persona de forma holística y como el centro de las actividades de enfermería. Considera que el papel de la enfermera consiste en apoyar al individuo para que mantenga el mejor funcionamiento de todas sus partes, esto lo logrará mediante el cumplimiento de cuatro principios básicos a saber: Mantenimiento de Energía del Individuo; Mantenimiento de la Integridad Estructural; Mantenimiento de la Integridad personal; Mantenimiento de la Integridad social (6).

Seguido de esto menciona Jean Watson desde su “teoría del cuidado humano”. Enfocada en la enfermería, afirma que desde la disciplina se busca dedicar el cuidado a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos (6).

Conociendo la importancia del cuidado de la salud desde el punto de vista individual y colectivo y el papel fundamental de los profesionales de Enfermería en esta labor debemos reconocer estrategias que están siendo aplicadas para el mejoramiento de los servicios sanitarios como en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de la teorista Nola Pender, en el cual se expresa que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud (7).

El modelo de Promoción de la salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr (7).

Este modelo menciona una estrategia llamada Escuela del Ser Humano Unitario: en el cual se sitúa en el contexto del ser humano hacia el mundo y el paradigma de la transformación. En el cuidado, la enfermera y la persona actúan juntas en consenso. Esta Escuela se basa en concepciones humanistas y fenomenológicas

del ser humano, en donde la enfermera, suscita la participación (7). Siempre debemos tener en cuenta este hecho ya que la enfermería debe estar unida al cuidado del sujeto desde sus particularidades para encontrar la mejor forma de brindar el cuidado, partiendo de eso es fundamental los conocimientos y actitudes que posea el profesional en el que se destaque su integralidad y así aporte conocimientos desde una visión científica.

Uno de las competencias primordiales del profesional de enfermería es el liderazgo desde este se dimensiona dos aspectos relevantes, el primero es la gestión de los servicios de salud: relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud, medio ambiente, recursos naturales, saneamiento básico urbano y rural, innovación tecnológica, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos (8).

El segundo aspecto es la gestión del cuidado directo: el cual está enfocado en la práctica que se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud". Por lo tanto, " la práctica de Enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona (8).

## **4.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **4.2.1 Salud**

Estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (9).

### **4.2.2 Enfermedad**

Estado anormal (patológico) que predispone al organismo a un resultado adverso, dañino y susceptible de ser tratado (9).

### **4.2.3 Conocimiento**

Información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurables (10).

### **4.2.4 Actitud**

Reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos y conducta (11).



#### **4.2.5 Comunidad**

Algo que va más allá de una localización geográfica, es un conglomerado humano con un cierto sentido de pertenencia. Es, pues, historia común, intereses compartidos, realidad espiritual y física, costumbres, hábitos, normas, símbolos, códigos (11).

#### **4.2.6 Salud comunitaria**

Salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socioeconómico cultural y físico (11).

#### **4.2.7 Estilo de vida**

Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (12).

#### **4.2.8 Calidad de vida**

Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (12).

#### **4.2.9 Promoción de la salud**

Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (13).

#### **4.2.10 Prevención de la enfermedad**

Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (13).

#### **4.2.11 Salud pública**

Ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad (14).

### 4.3 MARCO INVESTIGATIVO

#### 4.3.1 Funciones en salud pública de Enfermería y adquisición del conocimiento, departamento del Meta

**Autores:** Ana Teresa Castro Torres, Rosalba Leal Carrillo. **Introducción:** El concepto nueva salud pública, basado en las reflexiones de Thomas McKeown, recomienda cambios estructurales, adopción de medidas preventivas personales e intervención terapéutica. A la nueva concepción contemporánea de la salud pública, la Asociación Americana para la Salud Pública reconoce seis principios que resumen su teoría y práctica. Se realizó un estudio cuyo **objetivo:** fue determinar las funciones de salud pública que están llevando a cabo los profesionales de Enfermería en el departamento del Meta y la forma de adquirir la habilidad. **Metodología:** utilizada correspondió a un diseño de tipo descriptivo evaluativo. La muestra estuvo constituida por 76 profesionales vinculados a las Empresas Sociales del Estado, ESE, a nivel municipal o departamental, y empresas promotoras de servicios de salud EPS e IPS, y los que estaban trabajando con proyectos del Plan de Atención Básica, PAB. **Conclusiones:** Los profesionales que se desempeñan en el área de la salud pública constituyen un grupo joven (56,6% de ellos se encuentra entre los 20 y los 29 años de edad). Además, el 93% corresponde al sexo femenino y el 42% labora en el sector privado. En lo relativo a las FESP, se concluye que el cuartil de realización óptimo (0,76 a 1,0) es alcanzado por los profesionales en las funciones de evaluación y análisis de la situación de salud, promoción de la salud, vigilancia y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública (15).

#### 4.3.2 Salud pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad

**Autores:** José Miguel Morales Asencio, Elena Gonzalo Jiménez, Francisco Javier Martín Santos y Juan Carlos Morilla Herrera **Introducción:** La evaluación de intervenciones en Salud Pública constituye un pilar imprescindible en el desarrollo de políticas de salud, aunque no está exenta de controversias. Desde la evaluación local de programas concretos hasta la más extensa evaluación de impactos en salud, los dilemas metodológicos han rodeado permanentemente este tema. En 1999 la OMS definió la evaluación de impactos en salud como la combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante los que una política, programa o plan puede ser juzgado con arreglo a su potencial efecto en la salud de la población y la distribución de esos efectos en la misma. **Conclusión:** Una vez obtenidos los documentos, es necesaria su lectura crítica. Tradicionalmente, se han desarrollado instrumentos estructurados para esta finalidad<sup>36</sup>. Tomando el esquema de las famosas User's Guides de lectura crítica, Brownson et al elaboraron un check-list para la lectura crítica de revisiones sobre Salud Pública. En resumen, aunque queda camino por recorrer, en la actualidad

contamos con elementos suficientes para desarrollar los pilares de la Salud Pública Basada en la Evidencia (16).

#### **4.3.3 Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad.**

**Autores:** Dulce V. Romeo Cepero; **introducción:** En todas las sociedades la medicina se ocupa de la lucha contra las enfermedades, no obstante, se ha abierto paso, de modo lento, pero firme, el criterio de que la salud humana requiere que la organización de la sociedad dedique atención, con prioridad, a promover la salud y prevenir la enfermedad. Los sistemas de salud deben ser considerados simultáneamente como sistemas sociales y culturales, no solo como sistemas de atención médica curativa. No puede ser de otra manera cuando, al acercarnos a las definiciones de salud o enfermedad, encontramos algunas como la señalada por la OMS: "la salud es un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente la simple ausencia de enfermedad"; o "las necesidades de salud son carencias fisiológicas, sociales o sanitarias determinadas que requieren medidas de promoción, preventivas, curativas, sociales y económicas. **Conclusiones:** Se hace necesario una práctica más consecuente de la "participación social y comunitaria" en la comunidad "Antonio Guiteras" para la solución de los problemas de salud, dependiendo de acciones intersectoriales, comunitarias y prácticas individuales. La participación se limita a la modalidad de la cooperación, generalmente los mecanismos creados por la propia comunidad en la práctica no funcionan adecuadamente. La comunidad tiene una influencia limitada en las áreas de planificación y ejecución de los programas de salud (17).

#### **4.3.4 Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento.**

**Autores:** Sonia Duque Cardona **Introducción:** Se presentan algunos planteamientos sobre la dimensión del cuidado de Enfermería a los colectivos, su naturaleza humana y social, y su importancia como espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento integral. Se hace mediante la articulación de las metodologías cuantitativa del modelo empírico-analítico y la cualitativa de los modelos histórico-hermenéutico y crítico-social. **Conclusión:** El significado que tiene para los colectivos humanos el estar sano o enfermo y el sentido de sus prácticas cotidianas, enriquecen y profundizan la explicación del proceso salud-enfermedad colectivo para transformarlo conjuntamente mediante el protagonismo autónomo y participativo de los colectivos, orientado a la formación de la comunidad dentro del proceso de construcción de sujetos que propone la perspectiva del desarrollo humano, base fundamental para la promoción de la salud y la vida (18).

#### **4.3.5 Enfermería basada en evidencias. Barreras y estrategias para su implementación.**

**Autores:** Alda Orellana Yañez, Tatiana Paravic Klinj. **Introducción:** El artículo presenta la Enfermería Basada en la Evidencia, incluyendo sus inicios a partir de la medicina basada en la evidencia y el intento de las enfermeras dedicadas a encontrar una definición adecuada a nuestra disciplina. Posteriormente se realiza una revisión de las etapas para la implementación de la evidencia científica y cómo éstas se han distanciado del modelo biomédico imperante durante sus inicios. Por último, se analizan las barreras y las estrategias relacionadas con su implementación en la práctica de enfermería. **Conclusión:** La EBE permite conocer cómo se están aplicando los cuidados de enfermería en lugares remotos y adaptar y/o crear protocolos para evitar la variabilidad presente en la entrega de cuidados de enfermería, muchas veces inclusive dentro de una misma institución. Sí, se debe tener presente que los protocolos son una guía, y no se deben olvidar las condiciones personales y particulares de cada paciente para evitar la automatización de dicho cuidado (19).

#### **4.3.6 Agente comunitario de salud: una revisión de literatura**

**Autores:** Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky, Angela Maria Magosso Takayanagui. **Introducción:** Las concepciones de salud y de enfermedad en la educación oriental, fueron fuertemente influenciadas por el paradigma biológico, en el cual el concepto de salud está afirmado por la ausencia de enfermedad, con la atención fundamentada en el individuo y la enfermedad, considerando al hospital una unidad simultánea, con predominio de la actuación médica especializada, de esta forma dejando de lado, la atención global sobre el ser humano. **Metodología:** El presente estudio se constituye de una revisión de la literatura sobre el agente comunitario de salud brasileiro. Para iniciar la búsqueda de las referencias, se accedió al site [www.bireme.br](http://www.bireme.br) y, posterior consulta a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), se identificaron los descriptores: Agente Comunitário de Saúde, Agente Comunitario de Salud y Community Health Agent, incluyéndose por tanto publicaciones en los idiomas portugués, español e inglés. **Conclusión:** Los resultados de este estudio muestran que publicaciones sobre ACS aumentaron en gran proporción en los últimos años, principalmente posterior al año 2000, especialmente los libros o capítulos de libros, y artículos publicados en periódicos, posiblemente por el mayor interés en relación a este profesional, ya que el Ministerio de Salud viene incentivando la expansión e implantación de nuevos equipos de PSF, a nivel de todo el país (20).

#### **4.3.7 Participación social en salud: conceptos de usuarios, Líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas En Colombia. Una mirada cualitativa.**

**Autores:** María Eugenia Delgado Gallego, María Luisa Vázquez Navarrete, Yolanda Zapata Bermúdez y Mariano Hernán García **Introducción:** Las reformas del sector salud llevadas a cabo en Colombia durante la década de los noventa incluyen políticas que promueven la participación social en el sistema de salud, considerada esencial para el buen funcionamiento. **Objetivo:** de este artículo es analizar el sentido y significado de la participación en salud para los diferentes actores sociales involucrados en la implantación de la política en Colombia. **Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio, a través de grupos focales (GF) y entrevistas individuales semi-estructuradas (E) a diferentes actores sociales: 210 usuarios (GF), 40 líderes comunitarios (GF), 3 formuladores de políticas (E) y 36 entre el personal de salud (E). Se hizo un análisis narrativo de contenido. El área de estudio la constituyeron los municipios Tuluá y Palmira en Colombia. **Resultados:** El concepto de participación presentó diferentes sentidos según el actor analizado: usuarios y líderes articulaban el concepto alrededor de aportar ideas, estar en espacios sociales, la solidaridad y con frecuencia, la utilización de los servicios de salud. El personal de salud otorgaba sentido de participación social a las actividades de las instituciones con la comunidad, así como al uso de los servicios y la vinculación al sistema de salud. Los formuladores de políticas lo dotaban de un sentido de evaluación y control de los servicios de salud por parte de la comunidad, para mejorar su calidad. **Conclusiones:** Los distintos conceptos de participación muestran diferencias entre el sentido de la política y lo que entienden y asumen los diversos agentes sociales en su interacción con los servicios de salud. Estos diferentes conceptos han de ser tenidos en cuenta para conseguir la vinculación entre la sociedad y los servicios de salud (21).

#### **4.3.8 Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger**

**Autores:** Lucy Muñoz de Rodríguez, Marta Lucía Vásquez **Introducción:** Comprender el cuidado desde la perspectiva de Leininger, implica aprender de las personas sus formas de vida, sus contextos, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores, en sucesos tan diversos como maternidad, paternidad, nacimiento, adolescencia, adultez, vejez, enfermedad y muerte, con el fin primordial de ofrecer un cuidado coherente con la cultura. **discusión:** Este aprendizaje sobre el cuidado que los individuos adquieren, necesariamente se desarrolla cuando se interactúa con las personas a las que se cuida; la interacción requiere preparación, sensibilidad y pensamiento crítico, para descubrir y captar las distintas significaciones que las personas dan a sus vidas y sus propios cuidados. **Conclusiones:** La investigación se configura en una puerta de entrada que permite percibir esas perspectivas y también en un puente que

aproxima al profesional de Enfermería a la cotidianidad de las personas para aprender de ellas (22).

#### **4.3.9 La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social.**

**Autores:** Luz Dary Carmona Moreno, Claudia Marcela Rozo Reyes, Amparo Susana Mogollón Pérez. **Introducción:** Dado que el concepto de salud-enfermedad puede ser abordado desde diversas perspectivas teóricas, en este apartado se presentan de manera sucinta los principales enfoques que se han desarrollado en torno a éste, con la intención de identificar sus alcances. Se busca evidenciar las perspectivas conceptuales de la salud y la promoción de la salud, como un hecho histórico circunscrito y afectado por una realidad social, y en esa medida constructoras no sólo de un saber, sino también de una práctica institucional, que determina los diferentes movimientos desde los cuales las comunidades se dirigen hacia modos de entender y manejar su salud, lo cual no quiere decir que los individuos y colectivos, como seres históricos y activos, no ejerzan de manera autónoma sus propias convicciones y decisiones frente al curso de su vida. **Conclusión:** El concepto de salud estuvo dominado durante muchas décadas por un enfoque biologista que centró sus acciones en el desarrollo de estrategias individuales, que desconocieron en gran medida la influencia de lo social. No obstante, conferencias internacionales como las de Alma Ata, la Conferencia de Ottawa, la de Yakarta, entre otras, reivindicaron el papel que deben cumplir tanto el Estado como los colectivos en el mejoramiento de las condiciones de vida y en la búsqueda de alternativas de solución para sus principales necesidades de salud (23).

#### **4.3.10 La contribución de la Evidencia Cualitativa, al campo del cuidado y la salud comunitaria**

**Autor:** Carmen de la Cuesta Benjumea. **Introducción:** La investigación cualitativa es sistemática y produce evidencia relevante para la práctica/ este es el argumento central de este artículo. Afirmarlo obliga a que se examinen dos cuestiones: una sobre la naturaleza de la evidencia y dos sobre la relación que hay entre la evidencia y la práctica. Argumentaré que la evidencia es plural y contextual, que su uso que no es único y ni está aislado de los contextos. Antes de entrar a estas cuestiones, hay que recordar que la investigación cualitativa es una empresa diferente a la cuantitativa. **Conclusión:** Los criterios de evaluación del movimiento de la práctica basada en la evidencia se han de ampliar y cuestionar los intentos de jerarquizar las evidencias con parámetros exclusivamente positivistas; el trabajo cualitativo es interpretativo y subjetivo y por ello se resiste a una jerarquización en niveles. Cerrarnos al otro tipo de evidencia perjudica el desarrollo disciplinar y la práctica de la salud comunitaria y la enfermería (24).

#### 4.3.11 La enfermera comunitaria de enlace en el servicio Andaluz de salud.

**Autores:** Rosa M Pérez Hernández, Sergio R López Alonso. Manuela Lacida Baro. Susana Rodríguez Gómez. **Introducción.** El presente texto trata de presentar la implantación de la figura de la enfermera comunitaria de enlace por el Servicio Andaluz de Salud. El modelo de práctica de esta enfermera atiende a la gestión de casos, si bien su desarrollo va adaptándose constantemente a la evolución situacional de Andalucía. De este modo se hace un análisis sobre la necesidad de reorganizar los servicios de Atención Primaria con la introducción de la enfermera comunitaria de enlace, a la vez que se describe y analizan sus aspectos más importantes como pueden ser su población diana, sus objetivos y actividades, así como algunos problemas inherentes al proceso de cambio. **Objetivos y actividades.** **Objetivo:** Las ECE tienen una serie de objetivos específicos de atención, para cuyo logro se debe potenciar y mejorar la atención a las personas susceptibles de AD desde una triple y el trabajo coordinado con los profesionales de referencia para el abordaje de problemas de salud mental, problemas sociosanitarios **Conclusiones:** El modelo de gestión de casos adoptado por el SAS mediante el desarrollo de la figura de ECE y la reorientación de la AD hacia los atributos presentados ha tratado de dar respuesta principalmente a la población con mayor dificultad de acceso a los servicios sanitarios (25).

#### 4.3.12 Enfermería en salud comunitaria: Un enfoque de sistemas.

**Autores:** Joanne E. Hall, Barbara Redding Weaver. **Introducción.** Da a conocer una definición de la enfermería distributiva y los temas relacionados con su práctica. Contemplada de una manera general, la Enfermería distributiva es una orientación filosófica hacia la prestación de cuidados de salud y de enfermería a poblaciones con riesgo de problemas de salud, dentro del contexto de sus redes sociales significativas. Estas redes sociales abarcan la comunidad pertinente e influyen por ello enormemente en su condición de bienestar. Más que establecer una dicotomía entre enfermería episódica y enfermería distributiva, en el sentido en que en este libro se expone la última incluye a la primera. La enfermería distributiva incluye igualmente aquellas áreas de la práctica identificadas como cuidado primario, cuidado a largo plazo, y salud comunitaria. La vida se estudia como un proceso de movimiento continuo a través de una serie de fases evolutivas durante las cuales pueden presentarse trastornos episódicos o crónicos de salud que requieran ayuda de enfermería. La enfermedad se considera un epifenómeno resultante del modo en que la gente elige vivir su vida, así como también del que surge como consecuencia de los antecedentes biológicos. La enfermedad o los síntomas que acompañan a los trastornos en la salud pueden ser señales de peligro en los sistemas humanos de los que los individuos forman parte. De ahí que lo que se presenta como problemas de salud individuales pueda ser síntoma de alarma en un sistema social más grande o pueda influir en la salud de una red más grande en la que están inmersos los individuos. En contraste con

la enfermedad, los modos saludables de vida son patrones de vida que ayudan a los individuos, a las familias, a los grupos, a las organizaciones, y a las comunidades, a mantener un continuo de equilibrio, una dirección con un fin determinado, y el crecimiento dentro de su entorno. A la enfermería distributiva le atañe auxiliar a las personas en la toma de decisiones sobre su conducta relacionada con la salud que contribuya a su bienestar. **Conclusión:** Es un enfoque en la enfermería que reconoce la interrelación esencial de todos los fenómenos. La intervención puede ser dirigida también hacia el incremento de los recursos del entorno disponibles para el cliente. Como se vio antes, la movilización de la asistencia social se ha encontrado que mejora positivamente los resultados de salud en distintas situaciones (26).

#### **4.3.13 Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos.**

**Autores:** María Claudia Duque Paramo. **Introducción:** La relación de la enfermería con la cultura y con la antropología es de larga data. Estudiantes y profesionales durante su formación y en la práctica cotidiana en hospitales, centros ambulatorios y comunidades, utilizan conceptos como cultura, valores, prácticas, creencias o estilos de vida y herramientas metodológicas como entrevistas a profundidad, observación participante y grupos focales, provenientes todos ellos de la tradición disciplinar de la antropología. La cultura como lente de mirada es como lo propone Leininger "se trata de lograr que los conocimientos y la práctica de enfermería tengan una base cultural y una conceptualización, una planificación y una aplicación basadas en la cultura". **Conclusión:** Los elementos expuestos muestran algunas ideas sobre cómo operacionalizar los conceptos vistos sobre cultura y cuidado de enfermería en el cuidado de personas y colectivos. Esta perspectiva provee posibilidades reales de generar condiciones de interacción en la relación de la enfermera con pacientes, familias y comunidades; asimismo permite pasar de un modelo vertical, hegemónico y autoritario a uno participativo y respetuoso, que, al reconocer al otro como un sujeto con saberes y competencias, abre espacios para que las interacciones de la enfermera trasciendan a generar solidaridad e integración social (27).

#### **4.3.14 La Enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI.**

**Autores:** Kristine M. Gebbie, Richard Garfield **introduccion:** Muchas enfermeras que están contribuyendo a definir las funciones esenciales no piensan en realidad que lo hacen, ya que están poco familiarizadas con el nuevo lenguaje de la salud pública. Un mayor número de Enfermeras podrían convertirse en colaboradores activos de la empresa de salud pública si vieran más claramente cómo la práctica de la Enfermería forma parte integral del proceso. El grupo de enfermeras que trabaja tanto en enfermería de salud pública como en funciones esenciales, cree que, si bien gran parte de la formación de la fuerza de trabajo relacionada con las



funciones esenciales de salud pública debería hacerse con grupos interdisciplinarios, se justifica prestar especial atención a la Enfermería ya que esta profesión cumple funciones claves en materia de salud pública en las Américas. **Conclusiones:** El posible centro de interés de las actividades para aumentar la participación de la Enfermería seguramente variará de un país a otro, ya que la cultura, la historia o la política de la organización de los servicios de salud, surgen de bases distintas en cada país. En Canadá, por ejemplo, se incluye un proceso formal de evaluación de las comunidades de la llamada "primera nación" que va más allá de la necesidad de prestación directa de asistencia sanitaria. Se determinaron pocos ejemplos con este nivel de participación en la formulación de políticas, aparte de la supervisión y la evaluación de los servicios prestados (28).

#### **4.3.15 Enfermería y gerencia de caso**

**Autores:** Santana Nunes Alves Casarin. Tereza Cristina Scatena Villa. Maria Helena Larcher Caliri. Roxana Isabel Cardozo Gonzales. Cinthia Midori Sassak. **Introducción:** El estudio presenta la gerencia de caso como una modalidad de prestación de servicios que surgió en los ambientes de salud americanos y que consiste en la designación de un profesional o equipo de salud responsable por la atención del paciente, durante todo el proceso clínico, coordinando la atención a través de todos los servicios e instituciones que integran el sistema. En la enfermería, esta modalidad fue aceptada para aumentar el compromiso del profesional en la estandarización de las prácticas. Conceptos centrales incluyen análisis, toma de decisiones clínicas y resolución de problemas. **Conclusión:** En el contexto actual del sistema de salud son necesarias estrategias que mejoren la atención al paciente con valores más flexibles, innovadores y humanos. En tal sentido el enfermero gerente de caso se constituye en un elemento fundamental para ofrecer mejoras en la atención por la competencia, sentimiento de generosidad, conocimiento clínico, habilidad para ofrecer cuidado holístico y también por la abogacía en favor del paciente. Estas características definirán su papel como gerente de caso en los ambientes de cuidado de salud americano con buenos resultados no solo en el plano asistencial, así como también en la práctica de la propia profesión. Consideramos pertinente realizar estudios relacionados con el tema en cuestión, con la finalidad de identificar la utilidad de su aplicación adecuada a la realidad de los servicios de salud y la práctica de Enfermería en el Brasil (29).

#### **4.3.16 Enfermería de salud comunitaria: modalidades y práctica.**

**Autores:** Sarah Ellen Archer R. N., Dr. P.H. Ruth Fleshman R.N. M.S. **Introducción.** Hemos optado por la conformidad en cuanto a que este libro empiece con la presentación normal de material teórico. Su lectura mostrará que estas teorías por lo general no precedieron a las experiencias que sin saberlo condujeron inductivamente a cada una de nosotras a su marco de referencia

conceptual. Este marco refleja así nuestra experiencia previa y puede servirnos y servir de guía a otros para abordar el ejercicio profesional con fuerzas intuitivas, pragmáticas y teóricas. Es una manera de acostumbrarnos a pensar como enfermeras de salud comunitaria, de mirar el mundo a través de cristales que tengan el color de enfermería. **Discusión:** En toda el área de desarrollo de la comunidad han proliferado las teorías o explicaciones abstractas sobre las cosas que ocurren. La experiencia de ELA reflejaba un gran número de teorías diferentes, de las cuales eran completamente ignorantes quienes participaron en ella. En la vida real, uno por lo general está profundamente implicado en una situación antes de que sepa que existe el marco teórico. Ciertamente, el hecho de implicarse en algo motiva a menudo la búsqueda de más conocimientos sobre el tema. **Conclusiones:** Tenemos que comprender nuestro propio sistema de valores, ya que influye en la manera como consideremos todo. Tenemos valores personales y profesionales. El proceso de hacerse Enfermera es un proceso de socialización dentro de un conjunto de valores bastante uniforme. Por eso vemos el mundo a través de cristales "color de enfermera". Puede haber discrepancias entre nuestros objetivos personales y profesionales (30).

#### **4.3.17 Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud**

**Autores:** Iliana Reyes Alvarez, Gisela Sanabria Ramos, Zoila Medina Gondres y Rosa María Báez Dueñas, **Introducción:** El concepto de la participación comunitaria en los asuntos que afectan la supervivencia de la comunidad es tan antigua como la historia humana y como una expresión del movimiento continuo que es parte de la vida cotidiana, una parte esencial de todas las sociedades humanas. Históricamente la participación comunitaria ha pasado por diferentes etapas o enfoques, en dependencia del contexto donde se ha desarrollado. **Método:** La metodología propuesta consta de las siguientes etapas: Selecciona la muestra a incluir en la investigación. Para la selección de la muestra se debe tener en cuenta la función que desempeñan los entrevistados dentro de la comunidad, por lo que deben incluirse 3 grupos: trabajadores de la salud, dirigentes de la comunidad y residentes propiamente dichos. **Conclusión:** Existen condiciones favorables desde el punto de vista de la conformación social de la comunidad, estructuras del sistema de atención primaria de salud y política de apoyo para llevar a cabo la participación comunitaria. Paradójicamente en la comunidad estudiada no existe participación comunitaria según se le define en este trabajo. Se limita a la cooperación y a la utilización de los servicios de salud. Esto está dado por los siguientes factores. (31).

#### **4.4 MARCO LEGAL.**

##### **4.4.1 Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021**

Dentro de sus estrategias se establece la Atención Primaria en Salud - Atención Primaria en Salud Ambiental: Busca definir la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales con competencias en salud ambiental, en la implementación de APS, posicionando la gestión intersectorial, la participación social y la intervención de los determinantes sanitarios y ambientales, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión (32).

La Implementación de la estrategia de atención primaria en salud que incluye la reorganización de servicios de salud; elaboración, implementación y actualización de protocolos, guías de manejo y lineamientos para la prevención, vigilancia y control; y modelos de atención básica y de alta resolutiveidad para enfermedades transmisibles (32).

Implementación de procesos territoriales específicos de Atención Primaria en salud y redes integradas de servicios de salud, como la base para la Implementación del ciclo completo de la Atención Integral, integrada y continua a la madre gestante, los recién nacidos, niños, niñas y adolescentes. Incluye la implementación de diferencias de estrategias para comunidades campesinas y población dispersa. (32).

##### **4.4.2 Ley 1438 de 2011**

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en el capítulo 1 referente a salud pública y en el Artículo 6°, referente al Plan Decenal para la Salud Pública, establece que el Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales (33).

##### **4.4.3 Resolución 0425 de 2008**

Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. (34).

#### **4.4.4 Ley 911 de 2004**

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Resaltando los capítulos 1 y 2 para las condiciones para el ejercicio de la enfermería. De las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado. El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas (35).

## **5 METODOLÓGICO**

Metodológicamente fue una investigación con enfoque cuantitativo que pretendió describir los conocimientos y las actitudes que sobre el cuidado de la salud de los colectivos tienen los profesionales de Enfermería que laboran como coordinadores de planes de salud territoriales en municipios del departamento del Meta, durante el año 2015.

Fue de tipo descriptivo, ya que se investigó las situaciones que ocurren en condiciones naturales, los datos que se identificaron y analizaron fueron originales y empíricos. Los resultados se agruparán según las variables determinadas para generar procesos explicativos minimizando los sesgos por interpretaciones personales de las investigadoras y avanzar hacia el logro de los objetivos propuestos.

### **5.1 MARCO SITUACIONAL**

#### **5.1.1 Puerto López, Meta- Colombia**

##### **5.1.1.1 Ubicación geográfica**

Está ubicado en el centro norte del Departamento del Meta, a los 4° 05' de latitud norte y 72° 58' de longitud al oeste del meridiano de Greenwich, a una altura de 184 msnm. Se encuentra a una distancia de 206 Km. de Bogotá D.C. y 80 Km. de Villavicencio y constituye el Centro Regional para los municipios de la zona de altillanura del departamento (Cabuyaro, Barranca de Upia y Puerto Gaitán) (36).

El área municipal es de 6239 kilómetros cuadrados y limita al norte con los municipios de Cumaral, Cabuyaro y el Departamento del Casanare; al sur con el municipio de San Martín; al oriente con el municipio de Puerto Gaitán y al occidente con los municipios de San Carlos de Guaroa y Villavicencio. El sector rural está dividido en 10 corregimientos: Bocas del Guayuriba, Altamira, Puerto Guadalupe, Remolino, La Balsa, Chaviva, Pachaquiario, El Tigre, Puerto Porfía y El Melua; y 21 veredas: Matayuca, Tobasia, Laguna grande, Yacuana, San Pablo, La Venturosa, Alto de Menegua, Potosí, Pozones, Santaya, Carubare, Yucao, Alto Melua, La Serranía, Marayal, Nare, Navajas, San Luís de Río Negro, Guichiral y Porvenir, Patagonia; y 2 comunidades indígenas: Humapo y La Victoria. La zona urbana cuenta con 22 barrios, que son: La Laguna, Jardín, Gaitán, Guadalupe, Nueve de Abril, Prado, Provenir, La Victoria, El Vergel, Menegua, Bello Horizonte, Comuneros, Mangos, Villa Modelia, Unión, Villa del Río, Venturosa (I, II), Policarpa, Santander, Abel Rey, Julio Flores. Además, se encuentran en construcción los barrios Clemente Naranjo y Villa Suiza (36).

Las vías principales de la zona urbana que permiten la comunicación de todas las zonas del municipio con la zona comercial y de mayor actividad y las más transitadas son: Avenida 14, Calles 5, 6 y 7, Carreras 5 y 10.

Puerto López es el principal puerto sobre el Río Meta, por su infraestructura y ubicación geopolítica y porque puede asumir una función muy importante en el transporte de importación y exportación entre el centro del país y el Atlántico dada su cercanía a Bogotá.

#### **5.1.1.2 En servicios públicos**

Los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo en el área urbana son prestados por la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP.

La cobertura del servicio de acueducto es del 90%, representado en 3.784 usuarios. Se utiliza el sistema de captación de pozo profundo, contando con tres pozos ubicados en los barrios Abel Rey, Villa Modelia y Julio Flores. En general el agua que se consume no es potable, dado que no existe planta de tratamiento, sometiéndose únicamente a proceso de desinfección lo que mejora su potabilidad. El servicio se presta por sectores y no es continuo. No se cuenta con información de macro y micro medición, pues la UAESP no cuenta con los instrumentos y elementos técnicos para tomar esa información (36).

#### **5.1.1.3 Salud**

El municipio cuenta con un Hospital de primer nivel de atención, que cuenta con la dotación mínima para el cubrimiento local y los servicios que presta son los siguientes: ambulancia, promoción y prevención, medicina general, odontología, vacunación, hospitalización, urgencias, laboratorio, radiología, farmacia, obstetricia, dermatología, oftalmología, pediatría, fisioterapia.

En el sector rural, solo existen puestos de salud en tres centros poblados: Puerto Guadalupe, Remolino y Pachaquiario, en los demás centros poblados, aunque existe la infraestructura no funcionan y el servicio de salud se presta mediante brigadas de salud (36).

Portafolio de servicios, el hospital local ese de puerto López: Es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, además se ofrecen algunos servicios de segundo nivel. Servicios de primer nivel: Consulta Medicina general, Promoción y Prevención intramural y extramural, urgencias, Hospitalización, Sala de Partos, Consulta externa, Odontología, laboratorio Clínico, Rayos X e Imagenología, servicio Farmacia, Atención al Ambiente, Traslado Asistencial Básico y Unidad Móvil. Sala de procedimientos. Servicios de segundo nivel: Terapia Física y terapia Respiratoria, Servicio de Imagenología (ecografías y rayos x de primer nivel). Servicios ambulatorios: Los servicios ambulatorios que ofrece el Consulta Medicina General (328), Fisioterapia, Terapia Respiratoria, Enfermería, Servicio de Rayos X e Imagenología (37).

## **5.1.2 Cumaral, Meta- Colombia**

### **5.1.2.1 Ubicación geográfica**

Se encuentra localizado en la parte Noroccidental del Departamento del Meta, sus coordenadas son 4 grados 16'08" latitud norte y 73 grados 28'59" de longitud oeste. Zona del Piedemonte llanero. La altura sobre el nivel del mar, es de 452 metros. Límites del municipio: posición geográfica: Noroccidente del departamento del Meta. Coordenadas: 4 Grados 15' 59" Latitud Norte 73 Grados 28' 59". De longitud Oeste Altura sobre el Nivel del Mar 452 Mts. Cumaral tiene los siguientes límites: Norte con el departamento de Cundinamarca y el municipio de San Juanito, al Suroeste con el municipio de Restrepo al Este con los municipios de Puerto López y Cabuyaro. Extensión total: 580 Km<sup>2</sup> Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 452 Temperatura media: 21° C. Distancia de referencia: a 26 Km de Villavicencio Mapas Acceda a la sección de mapas (38).

Vías de comunicación terrestres:

El municipio cuenta con la siguiente infraestructura vial: Marginal de la Selva: Comunica el municipio con la capital del Departamento del Meta y el Departamento del Casanare. Rutas Inmterveredales: Cumaral - Caney Medio 10 Km, Cumaral - Guacavía (dos entradas) 8 Km, Cumaral - San Nicolás, Vía San Antonio 19.4 Km, Cumaral - San Nicolás, Vía Chepero 12.6 Km, Cumaral - El Caibe 47.7 Km, Cumaral Veracruz 31.1 Km, Cumaral - Presentado 17.2 Km, Cumaral - Montebello 56 Km (38).

### **5.1.2.2 Población**

Densidad de población: 29 (Hab/Km<sup>2</sup>). Tasa Bruta de natalidad: (%). Esperanza de vida al nacer (años). Habitantes en el municipio. No. Habitantes Cabecera: 11972. No. Habitantes Zona Rural: 5346 Total: 17318.

### **5.1.2.3 Salud**

Datos dados en número de habitantes. Población afiliada al régimen contributivo: 10836 (atendidos por EPS); Población afiliada al régimen subsidiado: 8072 (atendidos por ARS); Población Vinculada sin régimen atribuido: 445 (Afiliados al SISBEN que no cuentan con ARS); Población sin vinculación: 0 (No cuenta con atención por SISBEN, ARS o EPS); Niños con esquema básico de vacunación: 95%; En población menor de 5 años (número de niños): Desnutrición global: 3% Con desnutrición crónica: 6.9%; Mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda): 0; Mortalidad por IRA (Infección Respiratoria Aguda): 0 (38).

### **5.1.3 Acacias, Meta – Colombia.**

#### **5.1.3.1 Ubicación geográfica**

Acacias en su zona Urbana está compuesta por 97 Barrios y Urbanizaciones, de igual manera la zona rural se compone de cuarenta y ocho (48) veredas en las que se incluye Chichimene, Dinamarca y Manzanares, antiguas inspecciones de policía (39).

#### **5.1.3.2 Población**

La población proyectada para el 2012 según EL Departamento Administrativo Nacional de Estadística 30430 - DANE es de 64,287 habitantes, de los cuales el 49,5% son mujeres (31,853) y el 50,5% hombres (32,434). El mayor porcentaje de población se ubica en el rango de edad de 15 a 44 años con un 47,3% (30,430) de la población que al sumarle la población menor a 14 años suma el 75,2% de la población. Es decir, la mayoría de la población Acacireña es relativamente joven. Límites del municipio: Norte: Dpto. Cundinamarca, Sur: Mps. de Castilla la Nueva y Guamal, Oriente: Mpio. San Carlos de Guaroa, Occidente: Mpio. De Guamal, Extensión total: 1.169 Km<sup>2</sup>, Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 498 s.n.m, Temperatura media: 24 C° C, Distancia de referencia: 28 Km (39).

Vías de comunicación terrestres: La “Ruta del Embrujo Llanero” que inicia en Villavicencio hasta llegar a Acacias en donde se puede apreciar el Complejo Ganadero “Rosendo Baquero”, la manga de Coleo “Palma Real” y disfrutar del Malecón sobre el río Acacias.

#### **5.1.3.3 Salud**

Área: Urbana, Carácter: IPS, Servicio que ofrece: Prestación de Servicio de Salud del Primer Nivel de Atención, Población objetivos: Población Pobre no Asegurada, desplazada y desmovilizada. Afiliados Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Régimen Especial Forma de afiliación: Contratación de servicios de primer nivel por parte del municipio de Acacias para dar cubrimiento (Población Pobre no



Asegurada, desplazada y desmovilizada). Contratación mediante actos públicos para régimen subsidiado. Contratación para la atención de régimen contributivo y especial la atención se realiza mediante base de datos aprobada.

Servicios: Atención de Urgencias, Hospitalización, Maternidad Segura, Ayudas Diagnosticas Laboratorio Clínico, Farmacia, Terapias, Promoción y Prevención, Transporte, Asistencial Básico, Consulta Externa, Odontología General (40).

#### **5.1.4 Puerto Gaitán, Meta – Colombia**

Aspectos Geográfico-Territoriales

Puerto Gaitán es el cuarto municipio con mayor extensión territorial en Colombia y el segundo en el departamento del Meta.

##### **5.1.4.1 Ubicación Geográfica:**

Está ubicado al Oriente del departamento del Meta. Sus límites son: Este: Departamento del Vichada. Oeste: Municipios de Puerto López y San Martín. Norte: Departamento del Casanare. Sur: Municipios de Mapiripán y San Martín (41).

##### **5.1.4.2 División Político-Administrativa:**

Puerto Gaitán fue elevado a categoría de municipio mediante Ordenanza No. 039 de 1969, administrativamente pertenece al departamento del Meta. El área de ocupación urbana corresponde a la cabecera municipal –17 barrios-; y en la zona urbana se ubican: 27 veredas, 9 centros poblados, y las áreas de manejo especial: 9 resguardos indígenas y 129 comunidades indígenas.

##### **5.1.4.3 Centros poblados:**

San Pedro de Arimena; San Miguel; Puente Arimena; El Porvenir; Puerto Trujillo; Tillavá; Cristalina; Planas; y Triunfo.

##### **5.1.4.4 Veredas:**

La Cooperativa; Carimagua; Matarratón; Murujuy; Santa Barbará; Guasipati; Santa Catalina; Santa Elena; Nuevas fundaciones; Comejenal; Alto Manacacias; Alto Tillaba; Rubiales; Alto el Tigre; Alto Neblinas; Las villas; Alto de Yucao; Horizonte; y Rincón del Indio (41).

##### **5.1.4.5 Barrios:**

Trampolín; Villa Ortiz; Esperanza; Popular; Galán; Triunfo; Manacacias; Centro; Villa los Alpes; Perlas del Manacacias; Villa Amalia; Paraíso Natural; Alto Manacacias; Vencedores; Bello Horizonte; Canaán; y Carimagua.

#### **5.1.4.6 Resguardos:**

Wacoyo, Domo Planas, Unuma META, Vencedor Piriri, El Tigre, Waliane, Corozal Tapaojo, Iwiwi y Awaliba

#### **5.1.4.7 Estructura Poblacional:**

Según fuente del DNP, la distribución poblacional por género en el municipio para el año 2012 corresponde a un mayor porcentaje de hombres con 51.8%, y del 48.2% de mujeres. El incremento de la población masculina radica en el hecho que la mayoría de los inmigrantes que llegan en busca de trabajo son hombres (41).

#### **5.1.4.8 Salud:**

El municipio cuenta con un aseguramiento del 100% de la población sisbenizada, entre las aseguradoras del régimen subsidiado se encuentran Caprecom, Cajacopi, Mallamas, y Pijaos Salud (41).

#### **5.1.4.9 Redes Prestadoras de Servicios de Salud**

En el municipio solamente se cuenta con IPS del primer nivel de atención, cuatro de ellas únicamente prestan atención de consulta externa con servicios de laboratorio, odontología y farmacia. La “ESE” Solución Salud a través del Centro de Atención presta los servicios de hospitalización y urgencias (41).

### **5.1.5 Restrepo, Meta – Colombia**

El Municipio de Restrepo se encuentra ubicado a 4° 16” latitud norte y 73° 34’ 25” de longitud oeste del Meridiano de Greenwich y a 570 Mts. Sobre el nivel del mar. Según la zonificación agro ecológica ICA – IGAC Restrepo está ubicada en una zona de tierras de Planicie pluvial de Piedemonte, de relieve ligeramente ondulado con pendientes hasta de 12% y tierras aluviales de relieve Plano con pendientes hasta del 3% igualmente dentro del relieve del Municipio encontramos un sector montañoso como parte de la cordillera con alturas hasta 2700 Mts sobre el nivel del mar; la altura sobre el nivel del mar es de 570 metros promedio, presentando variaciones que van de 380 metros hasta 2700 metros sobre el nivel del mar, tiene una superficie de 434 km<sup>2</sup> así: una zona Plana con un área de 325.5 km<sup>2</sup> y una quebrada de 108.5 km<sup>2</sup> (42).

#### **5.1.5.1 Límites del municipio:**

Con el Municipio de Villavicencio: Partiendo del nacimiento de la quebrada Guatitas o Quebraditas, punto concurso de los Municipio de Villavicencio, el Calvario y Restrepo. De aquí se toma al sur por el filo de la cuchilla el Guadual hasta el nacimiento de la Quebrada Guadual. Se sigue por esta quebrada aguas

abajo hasta donde le confluye la Quebrada Negra para continuar por esta hasta la confluencia con la Quebrada Colombia o Colorada, se continúa por ésta aguas arriba su nacimiento de ahí se continua en dirección sur (S) hasta el nacimiento del caño Puente Amarillo; se sigue por éste caño aguas abajo hasta su confluencia por la quebrada Salinas, para continuar por ésta hasta su desembocadura en el río Guatiquia; por éste aguas abajo hasta su confluencia con el río Ocoa , punto de concurso de los municipios de Restrepo, Villavicencio y Puerto López. Con el Municipio de Puerto López Partiendo de la confluencia de los ríos Ocoa y Guatiquia se toma por éste último aguas abajo hasta donde le confluye el caño Caibe punto de concurso de los municipios de Restrepo, Puerto López y Cumaral. Con el Municipio de Cumaral Partiendo de la confluencia del caño Caibe con el río Guatiquia, se continúa por éste caño aguas arriba hasta su nacimiento. De aquí se continúa en línea recta en dirección Noroeste (NW) hasta la Pica de Guacavía. De este punto se continúa por la carretera Restrepo – Cumaral en dirección Oeste por la margen Occidente de dicha carretera hasta encontrar el caño Caney; por este aguas arriba hasta donde le desemboca la quebrada Caney Chiquito; por este aguas arriba hasta su nacimiento; de allí se sigue en línea recta en dirección Noreste (NE) por el divorcio de aguas hasta encontrar el río Guacavía Chiquito; por este aguas abajo hasta su desembocadura en el río Guacavía, lugar de concurso de los municipios de Cumaral y Restrepo y el departamento de Cundinamarca. Con el Departamento de Cundinamarca Partiendo de la confluencia del río Guatiquia Chiquito con el río Guacavía se continúa por éste aguas arriba hasta su nacimiento en el Cerro Teta de Vieja o Bollo de Vieja, en la cordillera de baldío, lugar de concurso de los municipios de San Juanito y Restrepo y el departamento de Cundinamarca. Con el Municipio de San Juanito Partiendo del Cerro Teta de Vieja o Bollo de Vieja en la cordillera baldío, se sigue en dirección suroeste por el divorcio de aguas pasando el cerro los Altos de Colorado, cerro Kikirikí hasta el nacimiento de la Quebrada la Escandalosa punto de concurso de los municipios de Restrepo, San Juanito y el Calvario. Con el Municipio del Calvario Partiendo del nacimiento de la Quebrada la Escandalosa, se sigue por el divorcio de aguas en dirección Suroeste pasando el cerro Colorado, cerro la Picota hasta encontrar el nacimiento de la Quebrada Guatilas o quebraditas punto de concurso de los municipios de Villavicencio, Restrepo y el Calvario. Se considera el área del municipio de Restrepo Meta en 43.400 hectáreas (42).

#### **5.1.5.2 Extensión total:**

434 Km<sup>2</sup>, Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 570, Temperatura media: 25.8° C, Distancia de referencia: 10 Km de Villavicencio.

#### **5.1.5.3 Prestación y garantía de servicios de salud:**

En el tema de la salud, desde hace aproximadamente 12 años, se evidencia una deficiencia en la calidad del servicio de salud, lo que afecta a la población del

régimen subsidiado y vinculados principalmente, generado por el deterioro de las instalaciones del hospital local de primer nivel, la inadecuada administración y la desarticulación entre la administración, la ESE y las EPS y el mal estado de las vías veredales; por esto los usuarios prefieren ser atendidos en la Capital de Meta ya que existe mayor oferta pero esto distorsiona el manejo de la información referente a cifras reales del municipio.

Se evidencia que las muertes por complicaciones de salud se reducen a medida que se incrementa la edad, este tipo de muertes y lesiones aumenta en proporción, de modo que resulta un factor fundamental para la protección de la vida después de los 5 años de edad.

Restrepo cuenta con un hospital local de primer nivel de atención, el cual depende de la ESE departamental, ofrece los servicios de hospitalización para casos de Urgencias y partos de primer nivel, con 17 camas; Consulta externa con los servicios de facturación, estadística, farmacia, odontología, higiene oral, vacunación, citologías, Electrocardiogramas, planificación, diabetes, hipertensión, saneamiento y el programa amplio de inmunización PAI. Dispone de una ambulancia para el traslado de las personas que requieren atención médica.

#### **5.1.6 Guamal, Meta – Colombia**

##### **5.1.6.1 Descripción Física:**

El 70% del territorio del municipio se encuentra sobre la cordillera oriental (parque Sumapaz) y tan solo un 30% corresponde a terreno llano.

##### **5.1.6.2 Límites del municipio:**

Norte: Con el municipio de Acacías. Oriente: Con el municipio de Castilla La Nueva. Sur: Con los municipios de San Martín y Cubarral. Occidente: Con el Departamento de Cundinamarca. Extensión total: 785 KM<sup>2</sup> Km<sup>2</sup>. Extensión área urbana: 80.84 HAS Km<sup>2</sup>. Extensión área rural: 78.419 HAS Km<sup>2</sup> (43).

##### **5.1.6.3 Población:**

Esperanza de vida al nacer (años), Habitantes en el municipio. No. Habitantes Cabecera: 7258, No. Habitantes Zona Rural: 3698, Total: 10956 (43).

##### **5.1.6.4 Salud:**

El Hospital local, presta servicio las 24 horas del día, incluyendo los dominicales y festivos, atendiendo así el 80% de la población.

#### **5.1.6.5 Situación de Prestación de Servicios**

Este eje maneja los proyectos y acciones encaminadas a mejorar la prestación de servicios de salud a través de la concertación con EPS e IPS para garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad y eficiencia en todos los procesos y procedimiento de salud. La IPS pública del Municipio, se encuentra en crisis financiera, su planta física deteriorada, no cuenta con sistema de información adecuado, actualmente se espera la construcción de un nuevo hospital, el cual quedo proyectado por gobernación desde la administración anterior.

El Hospital Local presenta falencias en la atención, se evidencian limitaciones en el acceso a servicios a la prestación de servicios de salud Insuficiente recurso humano y financiero y deficiente desarrollo tecnológico para garantizar la prestación de servicios en salud y no se cuenta con Sistemas de Información adecuada.

Población afiliada al régimen contributivo: 1009 (atendidos por EPS)

Población afiliada al régimen subsidiado: 5598 (atendidos por ARS)

Población Vinculada sin régimen atribuido: 2442 (Afiliados al SISBEN que no cuentan con ARS), En población menor de 5 años (número de niños):

Mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda): 0

Mortalidad por IRA (Infección Respiratoria Aguda): 0. (43)

#### **5.1.7 Universo**

Profesionales de Enfermería que laboran como coordinadores en planes de salud territoriales de los municipios del Departamento del Meta durante el año 2015.

#### **5.1.8 Población**

Estuvo constituida por profesionales de Enfermería que coordinan los planes de salud territorial en los municipios de Puerto López, Puerto Gaitán, Cumaral, Restrepo, Acacias y Guamal del departamento del Meta, durante el año 2015.

#### **5.1.9 Muestra**

La muestra estuvo conformada por tres profesionales de Enfermería que coordinan el Plan de Salud Territorial los cuales cumplen con los criterios de inclusión como lo fueron los municipios de Puerto López, Acacias y Cumaral del departamento del Meta, durante el año 2015, la cual fue establecida por el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia y determinado por el criterio estratégico personal de voluntariedad para participar en el estudio.

#### **5.1.10 Criterios de inclusión**

- Ser Profesional de Enfermería y laborar como coordinadores de planes de salud territoriales en los municipios determinados para cada grupo en el departamento del Meta, durante el año 2015.
- Tener experiencia laboral mínima de 3 meses.
- Participación voluntaria en la investigación.

#### **5.1.11 Criterios de exclusión**

- Personas que no cumplan todos los criterios de inclusión.
- Manifestar durante el proceso del diligenciamiento de los cuestionarios su deseo para no seguir brindando la información y el retiro de su consentimiento informado

#### **5.1.12 Procedimiento para la recolección de la información**

Se realizó una base de datos en Excel, con los datos básicos de los profesionales de Enfermería que cumplieron con los criterios de inclusión para la investigación en los que se incluyeron: género, edad, estado civil, lugar de residencia, año de finalización de pregrado, realización de postgrado o diplomados, cursos de actualización.

La información fue recolectada a través de la aplicación de los cuestionarios para medir los conocimientos y las actitudes: cuestionario de conocimientos en el cuidado de la salud de los colectivos humanos de los profesionales de Enfermería y el cuestionario de actitud frente al cuidado de la salud de los colectivos humanos de los profesionales de Enfermería, el cual cuento con el permiso para su utilización.

Los instrumentos se encuentran validados a nivel Nacional; su estructura consiste en 22 ítems que evalúan las actitudes y 18 ítems para evaluar los conocimientos en una escala ordinal de Likert. El instrumento fue aplicado a través de encuentro personal entre las investigadoras, estudiantes principiantes en investigación y los profesionales de Enfermería coordinadores de PST en los municipios donde desarrollan sus labores a partir de la aceptación del consentimiento informado.

Los profesionales de Enfermería coordinadores de los Planes de Salud Territoriales (PST) residen en los municipios de Acacias, Cumaral y Puerto López de género femenino con una edad promedio de 38 años, edades oscilantes entre los 29 y los 51 años, con un promedio de experiencia laboral de 11 años, Dos de las profesionales encuestadas egresaron en pregrado de la Universidad de los Llanos y una de la Universidad nacional del programa de Enfermería respectivamente, las fechas de graduación van desde el año 1988 hasta el año 2010, en cuanto a los estudios de posgrado refirieron haber realizado

especializaciones en el área de la administración en salud y la gerencia en salud pública.

Una vez recolectados los datos, de los cuestionarios se procedió a sistematizar la información en el software SPSS versión 19 en donde se realizó el análisis univariado y bivariado según relevancia.

#### **5.1.13 Consideraciones éticas**

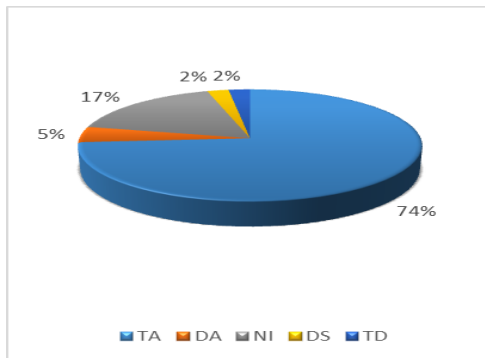
- Se aplicó el consentimiento informado (Ver anexo 1) para participar en la investigación.
- La participación fue anónima.
- Las estipuladas la Resolución No. 8430 de 1.993 del Ministerio de Salud, teniendo en cuenta que esta investigación es de mínimo riesgo.

## 6 ANALISIS DE RESULTADOS

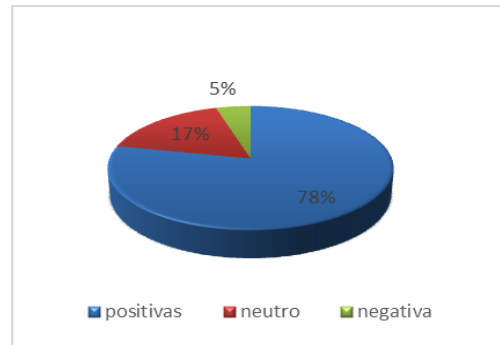
Al analizar los resultados obtenidos de los cuestionarios de conocimientos y las actitudes frente al cuidado de la salud de los colectivos humanos de los profesionales de Enfermería de la salud, se tuvo en cuenta la escala de medición tipo Likert, la cual asigna los siguientes valores: 1 como totalmente en desacuerdo (TD), 2 en desacuerdo (DA), 3 ni de acuerdo ni desacuerdo (NI), 4 de acuerdo (DA) y 5 como totalmente de acuerdo (TA), análisis que se presentan a continuación según cada cuestionario.

### 6.1 Análisis de actitudes frente al cuidado de la salud de los colectivos

**Figura 1. Porcentaje de actitudes del municipio de Acacias**



**Figura 2. Tendencia de actitudes del municipio de Acacias**

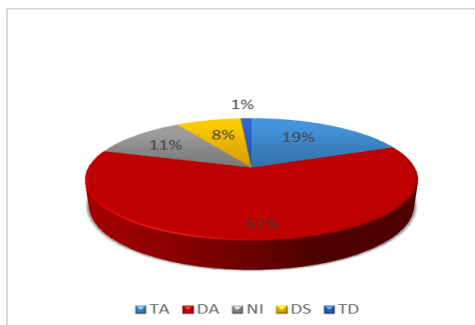


Fuente: Investigadoras

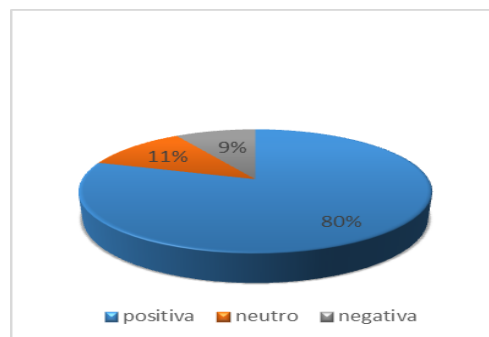
En la figura 1 y 2 se evidencia la tendencia positiva del la profesional de enfermería que laboran en los municipios de Acacias siendo esta de 78%. Esto refleja que los profesionales se encuentran motivados para realizar una buena gestion en salud acorde con las necesidades de salud en la comunidad.



**Figura 3. Porcentaje de actitudes del municipio de Cumaral.**



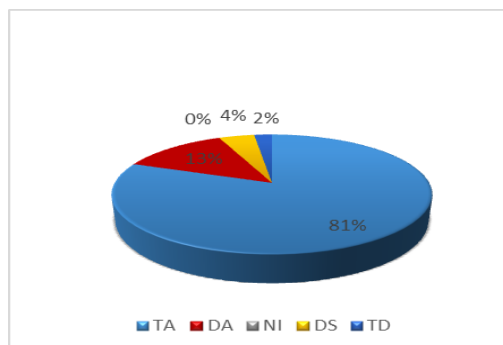
**Figura 4. Tendencia de actitudes del municipio de Cumaral.**



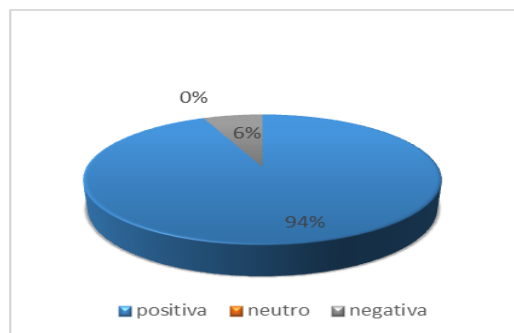
Fuente: Investigadoras

En la figura 3 y 4 se observa un dato favorable frente a la actitud del profesional de Enfermería del municipio de Cumaral es positiva con un 80%. Esto nos muestra que el profesional desempeña una labor motivada por el gusto de su área y posiblemente equivalga al éxito de las estrategias en salud pública que esta pueda desarrollar en su comunidad.

**Figura 5. Porcentaje de actitudes del municipio de Puerto López**



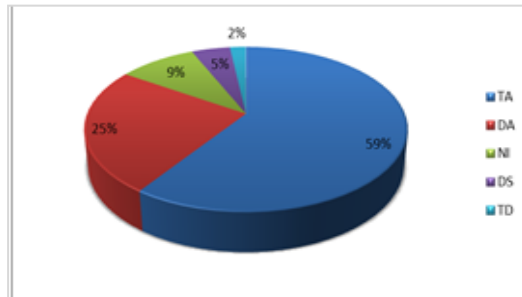
**Figura 6. Tendencia de actitudes del municipio de Puerto Lopez**



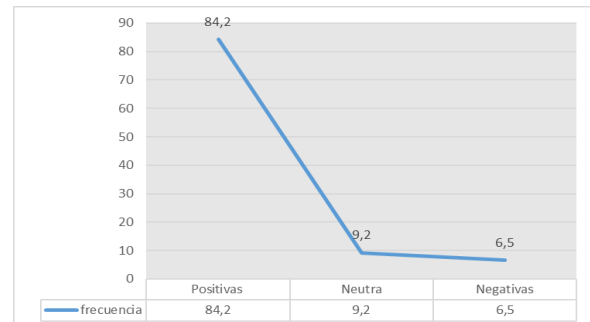
Fuente: Investigadoras

En la figura 5 y 6 refleja una actitud con una tendencia positiva en un porcentaje de 94%. Cabe resaltar que este es uno de los municipios con mayor tendencia en cuanto actitud, de esto podemos deducir que el profesional de Enfermería se muestra motivado con notables opiniones propositivas y un punto de vista positivo además que mantiene un gusto profesional por el área de la salud pública.

**Figura 7 Porcentaje acumulado de actitudes frente al cuidado de la salud**



**Figura 8 Tendencia acumulada de actitudes frente al cuidado de la salud**

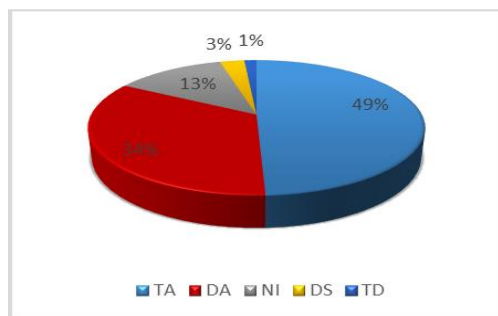


Fuente: Investigadoras

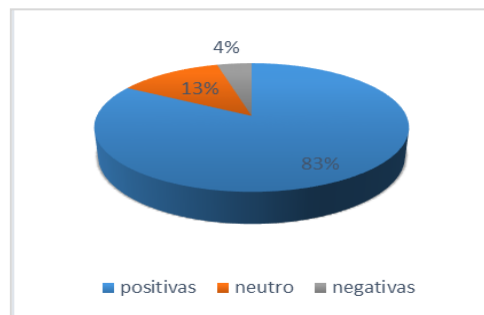
En la figura 7 y 8 se puede destacar un dato favorable con relación a la tendencia de la actitud frente a la salud en el cuidado a los colectivos mantiene los profesionales de Enfermería que integran la muestra; ya que se puede observar, que el 84,2 % muestran una tendencia positiva y tan solo el 6,5% mantiene una actitud negativa lo que puede significar que los profesionales se sienten motivados y satisfechos en la gestión del cuidado de la salud que realizan en su comunidad, también es importante destacar que este porcentaje de tendencia negativa aunque no es elevado puede reflejar insatisfacción causada sea por el poco gusto en esta área o por diferentes tipos de barreras en la implementación de programas, lo cual fue una de las observaciones realizadas.

## 6.2 Análisis de conocimientos frente al cuidado de la salud de los colectivos.

**Figura 9. Porcentaje de conocimientos del municipio de Acacias**



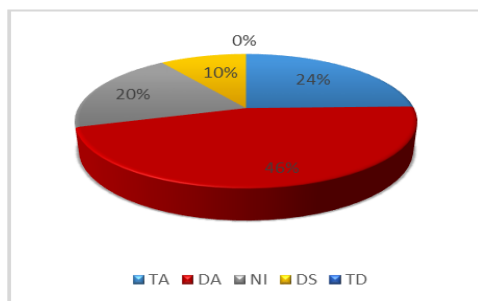
**Figura 10. Tendencia de conocimientos del municipio de Acacias**



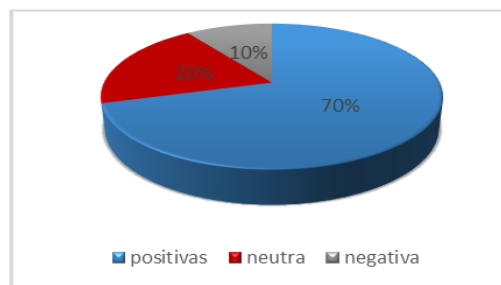
Fuente: Investigadoras

En la figura 9 y 10 refleja que los profesionales de enfermería del municipio de acacias mantienen tendencia positiva de conocimientos frente al cuidado de la salud a los colectivos con un porcentaje de 83%, esto significa que los profesionales cuentan con herramientas suficientes para implementación de estrategias en pro de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en el marco de gestion de calidad en la salud comunitaria.

**Figura 11. Porcentaje de conocimientos del municipio de Cumaral.**



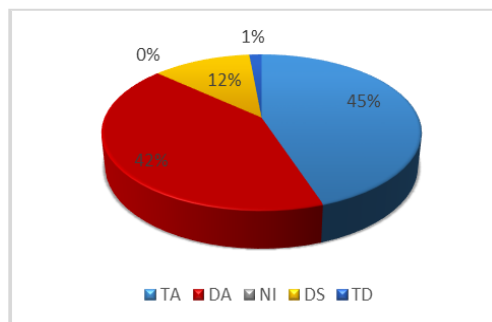
**Figura 12. Tendencia de conocimientos del municipio de Cumaral.**



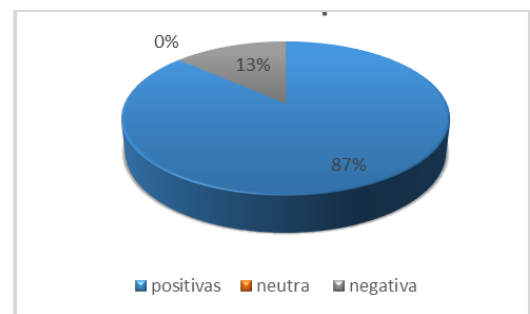
En figura 11 y 12 se puede analizar que la tendencia de este aspecto es positiva con un porcentaje de 70%. Esto refleja que el profesional de enfermería en el

municipio de Cumaral cuenta con herramientas cognitivas y praxológicas suficientes para la planeación y ejecución de programas o cualquier estrategia que busque mitigar los factores de riesgo y promover los factores protectores. Entre los municipios tomados como muestra este es quien refleja el menor indicador frente a conocimientos en cuidado de la salud a colectivos pero esto no significa que este aspecto sea algo negativo solo que necesita ser reforzado para su mejoramiento.

**Figura 13. Porcentaje de conocimientos del municipio de Puerto López.**



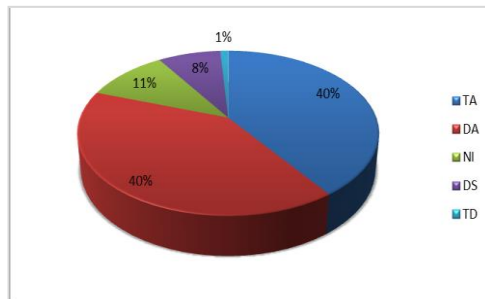
**Figura 14. Tendencia de conocimientos del municipio de Puerto López.**



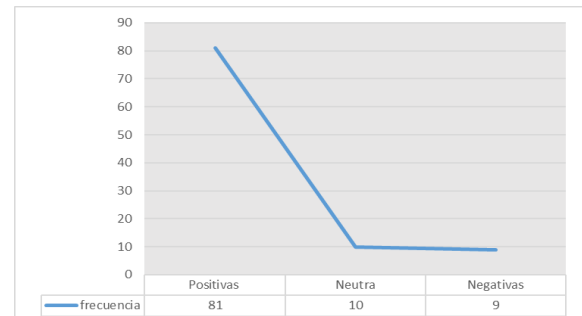
Fuente: Investigadoras

La figura 13 y 14 nos muestra que los conocimientos frente al cuidado de la salud de los colectivos de el profesional encargado en el municipio de Puerto López mantiene una tendencia positiva con un porcentaje de 87%, lo que significa un buen indicador frente a la gestión realizada por el profesional y una concepción adecuada de los conceptos en la disciplina de Enfermería.

**Figura 15 Porcentaje acumulado de conocimientos frente al cuidado de la salud**



**Figura 16 Tendencia acumulada de conocimientos frente al cuidado de la salud**

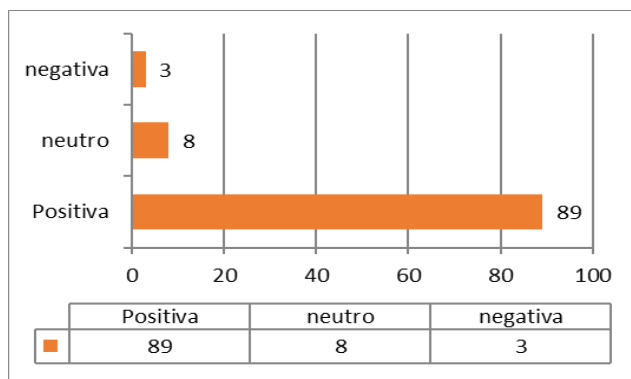


Fuente: Investigadoras

En la figura 15 y 16 se observa que los profesionales de Enfermería que integran la muestra, demuestran una tendencia positiva con un 80% frente a las dimensiones de conocimientos tenidos en cuenta en el cuidado de la salud de los colectivos como educación para la salud, desarrollo humano, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, participación social, cuidado de la salud que son fundamentales para la gestión del cuidado en el rol que desempeñan en su comunidad lo que significa una importante herramienta para el desarrollo e implementación de los programas en salud que puede estar respaldada por propuestas que aporten significativamente a la transformación del cuidado y de los servicios de salud y de Enfermería.

### 6.3 Análisis de tendencias por ejes temáticos

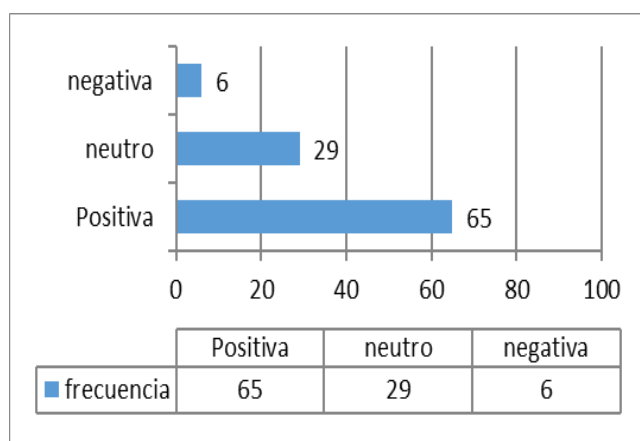
**Figura 17 Tendencia acumulada frente a los conocimientos acerca del desarrollo humano**



Fuente: Investigadoras

En la figura 17 refleja la tendencia positiva de conocimiento frente a la concepción de desarrollo humano tiene los profesionales de Enfermería que integran la muestra con una frecuencia de 89, el valor es positivo teniendo en cuenta que la tendencia negativa es baja.

**Figura 18. Tendencia acumulada frente a los conocimientos acerca de la educación para la salud**

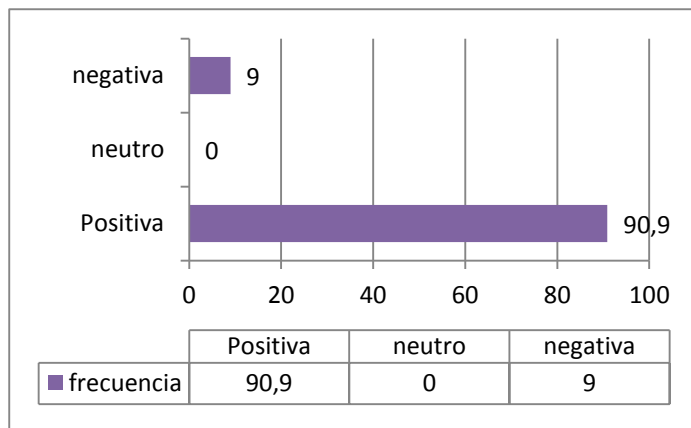


Fuente: Investigadoras

En la figura 18 se evidencia una tendencia positiva frente al concepto de educación para la salud que tiene relación con la promoción de la capacidad crítica de los profesionales para lograr su desarrollo individual y social y por ende

lograr contribuir en la calidad de los servicios de salud en su comunidad y de esta forma promover el bienestar para los colectivos. La neutralidad que refleja esta dimensión que es de una frecuencia de 29 quizás está relacionada con la poca comprensión de las afirmaciones o una concepción diferente del concepto propio del tema.

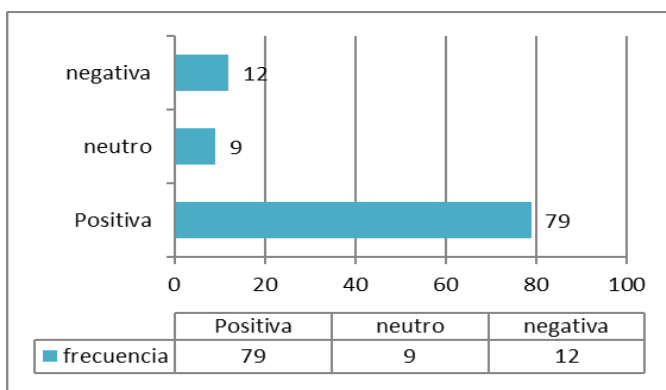
**Figura 19. Tendencia acumulada frente a los conocimientos que tiene acerca de la promoción de la salud.**



Fuente: Investigadoras

En la figura 19 se observa una tendencia acumulada positiva frente a el concepto que tienen los profesionales de Enfermería sobre promoción de la salud con una frecuencia positiva de 90,9. Este dato refleja que los profesionales que integran la muestra tienen una concepción favorable y esto puede contribuir al éxito de las estrategias en salud que se promuevan en la comunidad.

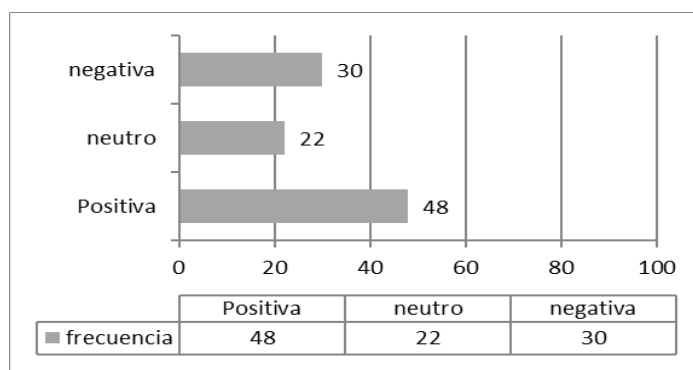
**Figura 20. Tendencia acumulada frente a los conocimientos que tiene acerca de la participación social.**



Fuente: Investigadoras

En la figura 20 señala la tendencia acumulada frente a la participación en social; el resultado de este aspecto es positivo, es importante reconocer que la estrategia encaminada a lograr la participación en salud es esencial para sostener los esfuerzos en Promoción de la Salud, en general Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que estas sean efectivas.

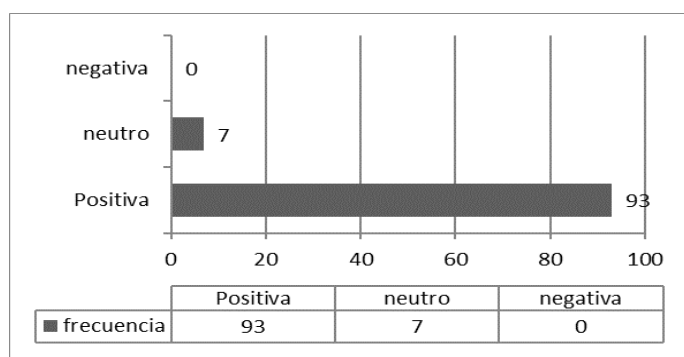
**Figura 21. Tendencia acumulada frente a los conocimientos que tienen acerca de la prevención de la enfermedad.**



Fuente: Investigadoras

En la figura 21 se observa la tendencia positiva frente a la prevención de la enfermedad, esto refleja que los profesionales de Enfermería que componen la muestra, mantienen una concepción favorable del concepto de prevención de la enfermedad esto puede significar que los enfermeros están en la capacidad de identificar y analizar con los individuos y los colectivos, los procesos deteriorantes de la salud del entorno y posterior a esto la implementación de planes para mitigar el impacto.

**Figura 22. Tendencia acumulada frente a los conocimientos que tiene acerca del cuidado de la salud.**

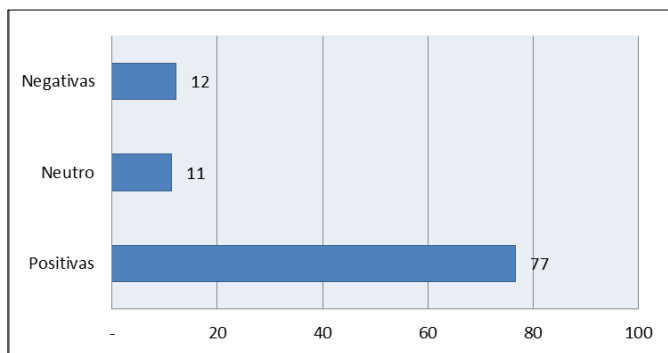


Fuente: Investigadoras



En la figura 22 se observa la tendencia positiva referente al concepto concebido por los profesionales sobre el cuidado de la salud, este es entendido como objeto de conocimiento de la profesión de Enfermería y se basa en la interacción humana, científica y técnica entre la enfermera, la persona y los colectivos, cuya intencionalidad es promover la salud, prevenir, atender y rehabilitar en la enfermedad, es importante agregar que no tenemos un dato a favor de la tendencia negativa y esto es aún más favorable para este ítem.

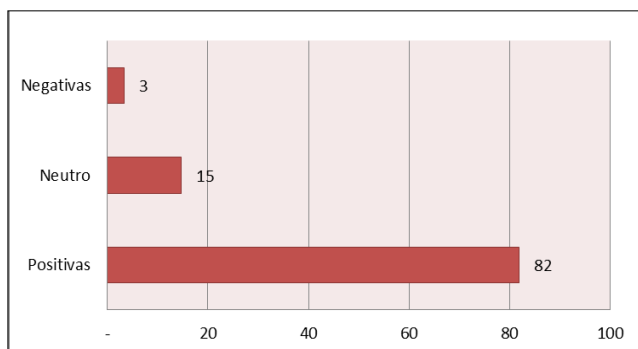
**Figura 23. Tendencia acumulada frente a las actitudes acerca de la motivación.**



Fuente: Investigadoras

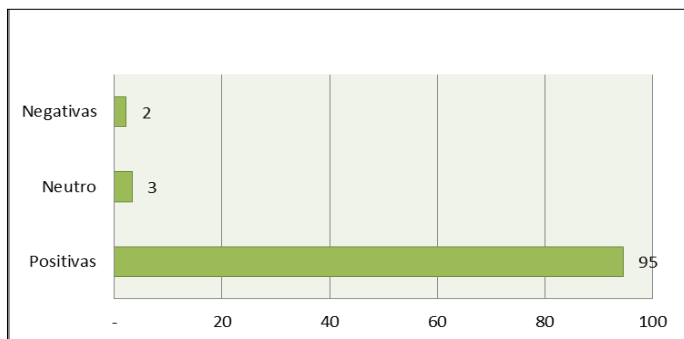
En la figura 23 se observa la frecuencia positiva que reporta la tendencia frente a las actitudes especialmente sobre la motivación que mantiene los profesionales de Enfermería en el desempeño de su rol en el cuidado de salud de los colectivos, este dato puede verse reflejado en el buen desempeño de sus funciones y en el éxito de las estrategias que se implementan en el cuidado de la salud de la comunidad.

**Figura 24. Tendencia acumulada frente a las actitudes acerca de las opiniones.**



En la figura 24 se evidencia la tendencia positiva con una frecuencia de 82 este dato está relacionado directamente con las opiniones que mantienen los profesionales de enfermería y sobre su actitud crítica en el contexto de las problemáticas en salud del entorno en el que se desenvuelven. Esto refleja que los profesionales son autónomos en la toma de decisiones y una visión objetiva de su entorno para el ejercicio de su profesión.

**Figura 25. Tendencia acumulada frente a las actitudes acerca de los gustos.**



Fuente: Investigadoras

En la figura 25 se observa un dato favorable acerca del gusto por el área en el que se desempeñan las profesionales de Enfermería que integran la muestra, este es un resultado que nos refleja que las profesionales desarrollan sus labores con interés por el rol en que laboran y esto lleva a que las estrategias que se implementen y los objetivos que se propongan obtengan el impacto deseado y no solo que la comunidad se vea beneficiada si no también el desarrollo profesional y personal de las enfermeras.

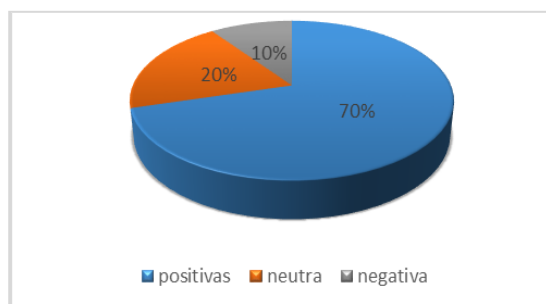
#### **6.4 Análisis de relación de conocimientos frente a las actitudes**

Al observar el resultado de los diferentes ítems que integran la medición de actitudes y conocimientos en los profesionales de Enfermería, podemos decir que la tendencia es positiva de manera general por lo cual se deduce que los profesionales cuentan con competencias cognoscitivas praxiologicas y actitudinales para el pleno desarrollo de su labor, además de ser capaces de ser agente de salud que se posiciona como actor social y político para acompañar a la comunidad en el desarrollo de proyectos participativos que favorezcan sus condiciones de vida.

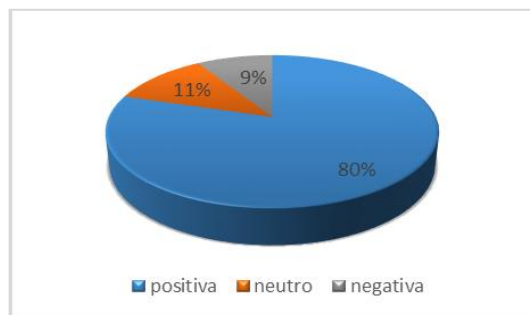
Por otro lado, se encontró que una de las observaciones más valiosas iba ligada a que los profesionales contaban con los conocimientos necesarios para la implementación de diversas estrategias en búsqueda de la mejora en los servicios

de salud y por ende de la calidad de vida de la población, pero por varias dificultades políticas y administrativas se convertían en barreras que dificultaban en pleno ejercicio de su

**Figura 26. Tendencia de conocimientos del municipio de Acacias.**



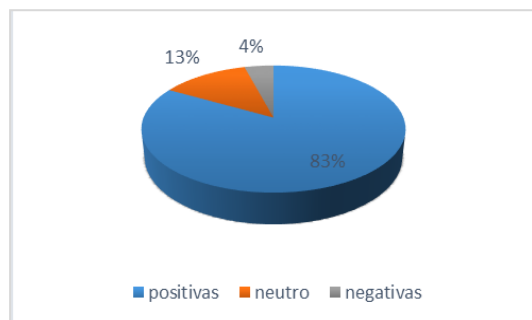
**Figura 27. Tendencia de actitudes del municipio de Acacias.**



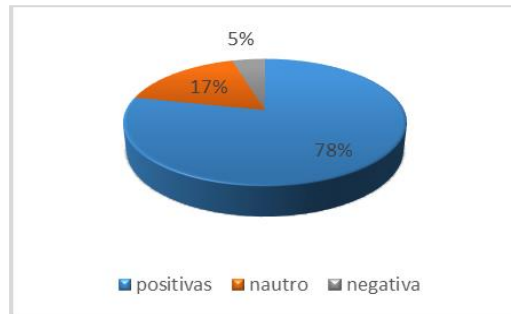
Fuente: Investigadoras

Frente al análisis de la figura 26 y 27 se puede decir que se encuentra una diferencia notable de la tendencia positiva de actitudes y conocimientos frente al cuidado de la salud de los colectivos del profesional del municipio de acacias siendo el conocimiento de 83% y la actitud un 10% menor es válido afirmar guiados por los resultados que hace falta reforzar los factores que componen la actitud como la motivación, el gusto por el área y las opiniones o el punto de vista crítico frente a la disciplina de Enfermería y el cuidado de la salud.

**Figura 28. Tendencia de conocimientos del municipio de Cumaral.**



**Figura 29. Tendencia de actitudes del municipio de Cumaral.**

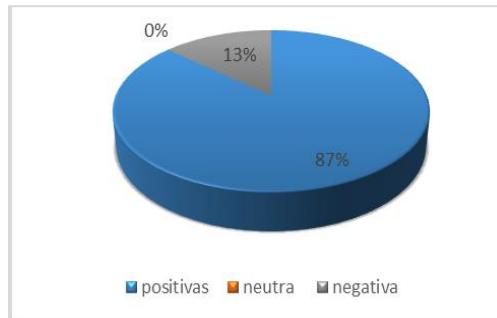


Fuente: Investigadoras

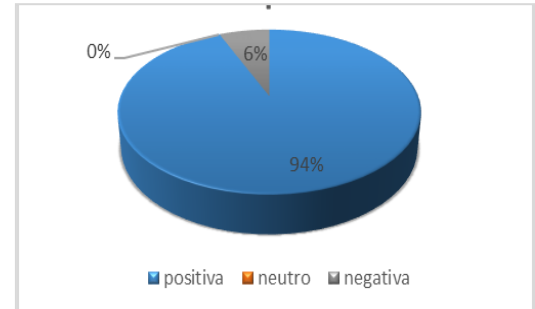
En la figura 28 y 29 se observa una diferencia evidente frente a la tendencia positiva que se obtuvo como resultado las dimensiones que componen la actitud y

el conocimiento frente al cuidado de la salud a los colectivos. Cabe resaltar que la diferencia entre estas es de 10% siendo la actitud de mayor proporción.

**Figura 30. Tendencia de conocimientos del municipio de Puerto López.**



**Figura 31. Tendencia de actitudes del municipio de Puerto López.**



Fuente: Investigadoras

En la figura 30 y 31 muestra una tendencia positiva de conocimientos y actitudes proporcional lo que puede reflejar que el profesional cumple con las competencias necesarias para el pleno ejercicio de su rol además de esto se observa que en sus respuestas no hay una tendencia neutral que puede significar la comprensión clara de los conceptos y una posición asertiva frente a las afirmaciones planteadas.

## 7 . DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los conocimientos del profesional de Enfermería son el resultado de un proceso constructivo, en el cual se adquiere información procedente del medio, que interactúa con la que ya posee y genera la incorporación y la organización de conocimientos nuevos (44). Guiados por los resultados en la presente investigación, nos permiten reconocer la tendencia positiva con un 81% frente a los conocimientos en cuidado de la salud a los colectivos, siendo este fundamental para realizar su práctica del cuidado de la salud y la vida; además, establecer relaciones comunicativas comprensivas con los grupos interdisciplinarios y con los diferentes colectivos humanos.

Dentro del contexto de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se considera la salud como una construcción con implicaciones en lo político, lo colectivo y lo ciudadano, por lo cual se la relaciona con la participación de los diferentes estamentos de la sociedad civil, en el que se vinculan diversos conocimientos. Basados en la declaración de Alma Ata en su artículo II menciona la promoción y protección de la salud de la población es esencial para el desarrollo económico y social, además de contribuir a una mejor calidad de vida (45), se evidencio como resultado una tendencia positiva que puede estar directamente relacionado con la comprensión del concepto aplicado a la realidad del entorno y por ende con el éxito en la implementación de estrategias en salud pública que promueva el cuidado de salud a los colectivos.

El profesional de Enfermería, en la promoción de la salud, comprende el cuidado como un proceso de salud, vida y bienestar dirigido a su fomento y protección, que estimula la realización de las necesidades humanas de los colectivos que cuida. De esta manera, como agente de salud se posiciona como actor social y político para acompañar a la comunidad en el desarrollo de proyectos participativos que favorezcan sus condiciones de vida. Analizando los resultados aportados por la investigación se vio reflejada la tendencia positiva frente a este concepto, con un 90%, sin ningún porcentaje de neutralidad y tan solo 10% de tendencia negativa.

Según la OMS, la promoción de la salud es una piedra angular de la atención primaria y una función básica de la salud pública. El reconocimiento del valor de esa actividad es cada vez mayor, debido a la eficacia y la costo eficacia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades (46). Por otra parte, resurgió el enfoque educativo como elemento central de la promoción de la salud. Green consideró la promoción de la salud como cualquier combinación de educación de la salud y apoyos relacionados de organización, políticos y económicos para la conducta que conduce a la salud (47). Así, la promoción de la salud requiere de la participación política, del empoderamiento, de la información y del manejo del conocimiento. Por su parte, la Carta de Ottawa adopta una perspectiva ontológica y epistemológica que pasa por

los medios y las capacidades personales y sociales para incidir en los determinantes, mientras que estos últimos son un horizonte de condiciones y no el centro gestor de la promoción de la salud. Así mismo, pone en relación el empoderamiento y los recursos materiales y simbólicos. Los aspectos inherentes al empoderamiento (políticas públicas, ambientes favorables, aptitudes personales, acción comunitaria, reorientación de los servicios sanitarios) se transforman en estrategias (48). Basados en lo anterior y en la tendencia positiva que demostró la investigación se puede deducir que los profesionales de Enfermería tomados como muestras están en la capacidad de construir políticas públicas, crear ambientes en su comunidad que favorezcan la salud, reforzar la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud.

Desde la prevención de la enfermedad, el profesional de enfermería identifica y analiza con los individuos y los colectivos, los procesos deteriorantes de la salud que determinan limitaciones, problemas y enfermedades, y a la vez, propone y ejecuta con ellos propuestas de intervención a los determinantes de la enfermedad y la muerte. Además, gestiona desde el cuidado los servicios de salud y de enfermería, las políticas públicas y los programas que contribuyan al desarrollo humano sostenible de la comunidad (49). Un concepto que apoya los hallazgos de la investigación son de Ruiz quien menciona, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente se emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad (50). Frente a este aspecto la tendencia fue positiva con un 48 % lo cual indica que los profesionales de Enfermería tienen los conocimientos necesarios para planear y ejecutar acciones que mitiguen los factores de riesgo y promuevan los factores protectores en salud para los colectivos.

Por otro lado, la educación para la salud en la formación del profesional de Enfermería es asumida como la promoción de la capacidad crítica de las personas para lograr su desarrollo individual y social. Dicha capacidad crítica está relacionada con la mirada que se tiene de sí mismo y del entorno, con las posibilidades que éste ofrece, con el desarrollo de la autonomía y la capacidad de tomar decisiones frente a los intereses, necesidades y problemas que surgen en la cotidianidad y que favorecen o afectan la vida de las personas (51). Por otra parte, Alvarez lo define como La educación para la salud es un proceso de adquisición, reafirmación o cambio de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de individuos, grupos y comunidades con respecto a la salud (52). esta afirmación anterior nos recalcan la importancia del resultado obtenido sobre este aspecto que es de igual manera una tendencia positiva con 65% lo cual es muy favorable; otro concepto que refuerza la importancia de este ítem es el de la American Academy of Family Physicians quien menciona: La educación para la salud se puede definir como el proceso de influir el comportamiento del paciente y producir

los cambios en conocimiento, actitudes y destrezas, necesarios para mantener o mejorar la salud (53). Se debe tener en cuenta que la educación para la salud y los conocimientos que este profesional de enfermería tenga, están directamente ligados al éxito de las estrategias en salud además que los conocimientos que se adquiere a través de la exploración e indagación participativa son el producto de una búsqueda en común, en donde todos los participantes de los colectivos aportan a partir de su saber.

La aplicación de las estrategias en salud que son orientadas por la promoción de la salud y prevención de la enfermedad necesitan de un espacio para la búsqueda de soluciones es así como encontramos la participación en salud como eje de acción y como instrumento que tiene como meta fundamental llevar a las comunidades a la apropiación de sus propios recursos y acciones. En el campo de la salud pública, el tema de la participación en salud ha sido permanentemente considerado ya que en la declaración de Alma Ata se establecieron lineamientos relevantes al respecto en el literal IV El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud (54). Es allí donde vemos la importancia de esta dimensión en las acciones encaminadas a promover el cuidado de la salud de los colectivos no solo desde el ejercicio de Enfermería sino también el de la comunidad. Además, en el literal VII se adiciona La atención primaria de salud exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin, desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar (54). Otro aporte a esta dimensión la trata la OPS y lo define como: Proceso social en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en una superior al presente (55). Frente a este concepto en la investigación se identificó una tendencia positiva de 79% lo cual indica un dato favorable.

Un propósito del cuidado es el logro del desarrollo humano de las personas participantes en él; esto sólo es posible en tanto haya disposición y apertura hacia el otro en su condición de sano o enfermo, lo que significa favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios de vida, contribuir a la realización de sus necesidades y fortalecer y estimular sus capacidades y potencialidades en pro de la salud y el bienestar (55). Orientados por los resultados de este aspecto que fue de una tendencia positiva con un 89% se puede decir las profesionales de Enfermería mantienen una buena concepción del concepto de desarrollo humano lo que lleva a reconocer las necesidades y potencialidades en pro de mejorar el entorno de su comunidad.

En la medición de conocimientos y actitudes se han utilizado tradicionalmente diferentes escalas, las cuales buscan determinar la intensidad de una respuesta. Es así como los conocimientos de los profesionales de Enfermería se convierten con la actitud en los componentes fundamentales de las representaciones, las cuales, según la teoría del psicólogo Moscovici, incluyen sistemas de valores, ideas y prácticas que les dan capacidad a las enfermeras(os) en el cuidado a colectivos para relacionarse con el mundo material y con el contexto social, permitiéndoles su dominio (56). De igual manera, las representaciones posibilitan a las enfermeras (os) la comunicación entre pares, porque tienen en cuenta el sentido común adquirido de las experiencias y los saberes tradicionales con que se relacionan en su interacción con los otros y con el entorno, lo que les facilita constituir un sistema de información que les permitirá compartir las realidades vividas con los grupos, así como también nombrar y clasificar los diversos aspectos de su práctica, generando conocimientos que dotarán dicha práctica de sentido (49).

Al desempeñar los profesionales de Enfermería una labor motivada y con el gusto de su área, posiblemente equivalga al éxito de las estrategias en salud pública que esta pueda desarrollar en su comunidad. Basados en el estudio de Berrios, la comprensión de la motivación para trabajar permite explicar por qué la persona dirige sus fuerzas y su energía en un sentido determinado y manifiesta ciertas pautas de conducta y de reacción en el mundo laboral de la organización, que la motivación no es la única determinante del rendimiento laboral y de la conducta en el trabajo ya que existen otras variables como los esfuerzos, las aptitudes, las expectativas, los valores, y experiencias previas, correspondientes a características individuales, así como también hay una serie de variables de la organización (estructura, nivel, campo de acción, puesto de trabajo, tecnología, estilo de dirección y grupo de trabajo) que influyen sobre la conducta de búsqueda que muestra un individuo para conseguir el objetivo laboral y determinan la cantidad de energía que una persona aplica en la consecución del rendimiento en el trabajo (57). Teniendo en cuenta lo anterior y orientados por los resultados de la investigación se encontró una tendencia positiva frente a las dimensiones de gustos y motivación con un 95% y 77%, lo que nos permite presumir que las profesionales de enfermería realizan su labor como gestoras en salud con plena motivación y gusto por su área. Además, el profesional de Enfermería toma una posición o asume una situación, ayudado por el cúmulo de conocimientos reflejado en sus representaciones, lo que lo lleva a desarrollar una práctica autónoma en la que se implementan procesos particulares en determinados contextos. Las actitudes, definidas por Moscovici como el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento; son un componente fundamental de las representaciones y son expresadas por las enfermeras durante la práctica (58).

La actitud, por lo tanto, posee diversos componentes que deben tenerse en cuenta en la práctica de enfermería; el primero de ellos es el cognoscitivo, en el cual se



encuentran las creencias, valores y estereotipos acerca del objeto; el segundo es el afecto, en el que se entrecruzan los sentimientos y emociones que acompañan con mayor o menor incidencia la actitud, y por último, el tendencial, donde se halla reflejada la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto; es el componente más directamente relacionado con la conducta (48).

Es así como en el proceso de formación de las actitudes de la enfermera se deben tener en cuenta tres elementos fundamentales: La información que se recibe; el grupo de enfermeras con las que se identifica, quienes aportan a la formación de actitudes; y, por último, las necesidades personales de la enfermera(o) en tanto gratificación y gusto por su labor. Según Munnéd “la actitud se forma en el proceso de satisfacción de las necesidades, dependiendo de su satisfacción o no. Por lo tanto, es indispensable identificar y medir las actitudes y los conocimientos de los profesionales de enfermería frente al cuidado de la salud y poder así analizar y construir con ellos propuestas transformadoras de su práctica social” (49). Para lograr este propósito, el profesional de enfermería debe avanzar en su propio reconocimiento como ser individual y social, como sujeto con carencias y potencialidades frente a sí mismo y frente a los otros; esta mirada posibilita, en primer lugar, entender lo que para el otro significa cuidar y ser cuidado, y, en segundo lugar, interactuar con él a partir de las similitudes y diferencias, buscando lo común, lo que hará evidente el horizonte del cuidado.

## 8 CONCLUSIONES

Los profesionales de Enfermería deben tomar la promoción de la Salud no como un simple modelo alternativo, este apunta a identificar los determinantes de la salud y a convocar a los diferentes sectores y fuerzas sociales en la producción social de la salud. La promoción de la salud como estrategia, debe capacitar al individuo sujeto de sus acciones, para trabajar con los grupos sociales en la identificación y análisis de sus determinantes sociales de las necesidades en salud. La Promoción como modelo de intervención nos ofrece muchas posibilidades, en el nivel local, regional y nacional. Es una estrategia centrada en la intervención y no en el diagnóstico que es solamente un instrumento más en la intervención.

En la prevención de la enfermedad los profesionales de Enfermería tienen un papel en el cual incluyen las medidas orientadas a evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida que colaboran a elevar el riesgo de la enfermedad. Cada una de ellas, genera acciones específicas que contribuyen al control de la enfermedad y sus secuelas en diferentes momentos de la historia natural de la enfermedad. Mientras más temprano se apliquen las medidas preventivas en la aplicación del cuidado de la salud de los colectivos, habrá mayor efectividad en las acciones para frenar el curso de la enfermedad, o impedir que se desarrolle en el individuo; por lo tanto, las prevenciones primordial y primaria por intervenir antes de que aparezca la enfermedad, pueden contribuir al bienestar de los colectivos.

Toda estrategia de intervención en salud enfocada en el cuidado de la salud de los colectivos, para que sea integral debe ser una combinación, en mayor o menor medida, de dos acciones. Predominantemente de promoción, predominantemente de prevención.

Existen diferencias claras entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin embargo, en algunos aspectos, Es claro que la prevención incide en los grupos e individuos en riesgo de adquirir una enfermedad específica, mientras que la promoción de la salud busca incidir sobre los determinantes favorables para la salud de los grupos poblacionales y de la sociedad en general.

Los profesionales de Enfermería deben promover la participación social y comunitaria, esta se rige por principios y acciones básicas e Implica, entonces, en un nivel operativo trabajar con los grupos sociales en la identificación y análisis de los determinantes sociales de las necesidades en salud de los colectivos.

La educación para la salud es una estrategia muy importante para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Debe formar parte de todas las

acciones en la prestación de servicios de salud que realicen los profesionales de enfermería. La educación para la salud no es responsabilidad exclusiva del personal de salud. Supone un nuevo conocimiento que se dirige a la formación y a la adquisición de habilidades para la toma de decisiones por parte de la población, de manera que adopte y refuerce la implantación de hábitos comportamentales sanos y supone un derecho, lamentablemente insatisfecho todavía en la mayor parte de la comunidad. El personal de salud solamente tiene una parte de la responsabilidad en la educación para la salud a la población. Sin embargo, la educación para la salud debe formar una parte importante del trabajo cotidiano de cada miembro del equipo de salud, principalmente de los profesionales de enfermería.

Es fundamental que los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la salud comunitaria posean las competencias en actitud y conocimientos ya que esto se verá reflejado directamente en el cumplimiento de su rol, en el éxito de las estrategias que se implementen, en la calidad de los servicios de salud, en su mismo desarrollo profesional y personal entre otros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cruz VI. La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. Invest. Educ. Enferm. [Internet] 2005. Consultado [2015 Oct 20]. 23 (92-101). URL Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v23n1/v23n1a08.pdf>
2. Liborio MM. Por qué hablar de salud colectiva. Salud. Colectiva Unr. [Internet] Consultado [2015 Oct 20]. 1 (1-18) URL. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/Liborio.pdf>
3. Duque CS. Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: Un espacio para la promoción de la salud y la producción del conocimiento. Dimensión del cuidado de enfermería. [Internet]. 2005. Consultado [2015 Oct 20]. 1 (1-11). URL Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0694.pdf>
4. González JD. Retos de la investigación en salud pública hoy. Rev. Gerenc. Polit. Salud. [Internet] 2010. Consultado [2015 Ene 20]. 9 (3). URL Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272010000200016](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000200016)
5. Giraldo OA, Toro RM, Macías LA, Valencia GC, Palacio RS. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia Promon. Salud [Internet]. 2010. Consultado [2015 Ene 20] 15. (16). URL Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772010000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772010000100010&script=sci_arttext)
6. Cisneros F. Introducción a los modelos y teorías de enfermería [Internet]. 2002. Consultado: [2015 Ene 15]. URL Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>.
7. Zarate G Rosa A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004. Consultado [2015 Ene 20]; 13(44-45): 42-46. URL. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962004000100009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962004000100009&script=sci_arttext).

8. Torres P. María. La relación interpersonal en el ser y que hacer de enfermería. Investigación de enfermería. Imagen y desarrollo [Internet] [2006] 1(1). Pág. 31-33. Consultado [2014 Jun 05] URL Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1528>.
9. Dattoly RC, Jiménez VM, Postura de la enfermera ante su quehacer profesional. Rev. Enferm Inst. Mex Seguro Soc. [Internet].2010. Consultado [2014 Jun 05].18 (3):137-143 URL Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim103d.pdf>
10. Márquez F. Curos de Postgrados sobre Promoción y Educación para la salud. [Internet]. Consultado [2014 Abril 29]. URL. Disponible en: <http://www.ice.udl.es/udv/demoassig/recursos/edusal/fitxers/unidad1.pdf>.
11. Serrano HM, Torres LT, Alcántara AG. Concepciones culturales entorno a la salud y la enfermedad en población de adultos de Jalisco México. Respyn. [Internet].2009. Consultado [2014 May 02].10 (3) URL. Disponible en: [http://www.respyn.uanl.mx/x/3/articulos/con\\_cul\\_sal\\_enf.htm](http://www.respyn.uanl.mx/x/3/articulos/con_cul_sal_enf.htm)
12. Segarra CM, Bou Llusar JC. Concepto, tipo y dimensiones del conocimiento: Configuración del conocimiento estratégico. Revista de economía y empresa. [Internet]. 2005. Consultado [2014 Abril 30].URL Disponible en: [file:///C:/Users/Andrea%20Del%20Pilar/Downloads/Dialnet-ConceptoTiposYDimensionesDelConocimiento-2274043%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Andrea%20Del%20Pilar/Downloads/Dialnet-ConceptoTiposYDimensionesDelConocimiento-2274043%20(2).pdf)
13. Causse CM. El concepto de comunidad desde el punto de vista socio - histórico-cultural y lingüístico. Redalcy [Internet] 2009. Consultado [2015 Ene 27]. 12-21 URL Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181321553002>.
14. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. [Internet]. Hegoa: Universidad del País Vasco; 2005. Consultado [2014 Abril 29]. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/>
15. Castro T Ana T, Leal C Rosalba. Funciones en salud pública de enfermería y adquisición del conocimiento, departamento del Meta. Redalcy Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo 2011 [Internet] 2007.

Consultado [2015 Ene 25]. 13 (139-26). URL. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282002>

16. Morales A JM, Gonzalo JE, Martín S FJ, Morilla H JC. Salud Pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. Rev. Esp. Salud Pública. [Internet]. 2008. Consultado [2015 Ene 25]. Vol. 82. (5-20). URL Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n1/colaboracion1.pdf>
17. Romeo CD, Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007. Consultado [2015 Ene 16]; 23 (3) URL Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_3\\_07/mgi13307.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi13307.htm)
18. Duque CS, Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. Investigación y educación en enfermería. [Internet] 1999. Consultado [2014 Dic 23] 17 (75-85) URL Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16890/14622>
19. Orellana YA, Paravic KT, Enfermería basada en evidencias: Barrera y estrategias para su implementación. Cienc. Enferm. [Internet]. 2007. Consultado [2015 Ene 06]. 13 (17-24) URL Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532007000100003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100003)
20. Kluthcovsky AC, Takayanagui AM, Agente comunitario de salud: Una revisión de literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2006. Consultado [2015 Ene 25]. 14 (957-963) URL. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000600019&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000600019&script=sci_arttext&tlng=es)
21. Delgado GM, Vásquez NM, Zapata BY, Mariano GH. Participación social en salud conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: Una mirada cualitativa. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2005. Consultado [2015 Ene 25]. 79 (697-707). URL. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272005000600009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272005000600009&script=sci_arttext)

22. Muñoz L, Vásquez ML, Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colom. Med. [Internet]. 2007. Consultado [2014 Dic 20]. 38 (98-104). URL. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342007000600011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342007000600011&script=sci_arttext)
  
23. Carmona ML, Rozo RC, Mogollón PA. La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. Revista Ciencias de la Salud [Internet] 2005. Consultado [2015 Ene 25]. 3 (62-77).URL Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56230108>
  
24. Cuesta BC. La contribución de la Evidencia Cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. Index Enferm [Internet]. 2005. Consultado [2015 Ene 27]. 14 (47-52).URL Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  
25. Pérez HR; López AS, Lacida BM, Rodríguez GS. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Revista Enfermería. Comunitaria [Internet] 2005; Consultado [2015 Ene 06].1(43-48).URL Disponible en: <http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentacion%20Distrito/Documentos/Continuidad%20de%20Cuidados/La%20ECE%20en%20el%20SAS.PDF>
  
26. Joanne EH, Bárbara RW, Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas, Publicación de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. [Internet]. 1990. Consultado [2015 Ene 06]. 1(1-787).URL Disponible en: <file:///C:/Users/Andrea%20Del%20Pilar/Downloads/Enfermeria%20en%20salud%20comunitaria%20un%20enfoque%20de%20sistemas.pdf>
  
27. Duque PM. Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Encolombia. 2002 [Internet]. Consultado [2015 Ene 06]. 5 (12-16) URL Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-52/enfermeria5202-enfermeria>

28. Organización Panamericana de la Salud. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Consultado [2015 Ene 25]. URL Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0054.pdf>
29. Casarin SN, Villa TC, Caliri LM, Gonzales CR, Sassaki MC. Enfermería y gerencia de caso. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2001. Consultado [2015 Ene 06]. 9 (88-90) URL. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000400015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000400015&script=sci_arttext)
30. Sarah Ellen A, Dr. P.H. Ruth Fleshman RN, Enfermería de la salud comunitaria: Modalidades y prácticas. Universidad de California, San Francisco. 1997. [Internet]. Consultado [2015 Ene 06]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3282>
31. Reyes AL, Sanabria RG, Medina GZ, Báez DR. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 1996. Consultado [2015 Ene 25]. 22 (5-6) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34661996000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34661996000100003&script=sci_arttext)
32. Vélez AA, Marco político y legal de la promoción de la salud. Colombia Médica. Retrieved from. 2009. [Internet]. Consultado [2014 Ene 23]. 31 (86-95). URL Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/160>.
33. Colombia. Ministerio de salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]. Consultado [2014 Abril 28]. URL Disponible: en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
34. Colombia. Ministerio de salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio; 2011. Consultado [2015 Ene 03]. URL Disponible en:



<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf>

35. Ministerio de la protección social resolución 0425 de 2008, 11 de febrero de 2011, Consultado [2015 Ene 03] [Internet]. URL. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf>
36. Acuerdo No. 010 de 2008 (Mayo 28) Por medio de la cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico y Social del Municipio de Puerto López - Meta para el período 2008 – 2011. Consultado [2015 Ene 05]. URL Disponible en: [http://puertolopez-meta.gov.co/apc-aa-files/39616139613534356338333661356432/acuerdo\\_no\\_08\\_corregido\\_29.05.2012\\_mary-pagina-web.pdf](http://puertolopez-meta.gov.co/apc-aa-files/39616139613534356338333661356432/acuerdo_no_08_corregido_29.05.2012_mary-pagina-web.pdf)
37. Hospital local ESE de Puerto López, cuarto componente: mecanismos para mejorar la atención al ciudadano. Consultado [2014 Dic 22] URL. Disponible en: <http://www.esehospitallocal-puertolopez-meta.gov.co/>
38. Colombia. Ministerio de salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio; 2011. Consultado [2015 Ene 03]. URL. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>
39. Acacias. Alcaldía. Colombia. Meta. Alcaldía de Acacias- Meta. Consultado [2015 Ene 06]. URL. Disponible en: <http://acacias-meta.gov.co/index.shtml#5>
40. Hospital municipal de acacias ESE, [Internet]. Consultado [ 2015 Ene 03]. URL. Disponible en: <http://www.hospitaldeacacias.gov.co/>
41. Restrepo. Alcaldía. Colombia. Meta. Alcaldía de Restrepo- Meta. Consultado [2015 Ene 03]. URL. Disponible en: <http://www.restrepo-meta.gov.co/index.shtml#3>

42. Plan de desarrollo municipal de Restrepo- Meta. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo 2012- 2015. Consultado [2015 Ene 03]. URL Disponible en: <http://restrepo-meta.gov.co/apc-aa-files/31336165353233373834633639386335/plan-de-desarrollo-restrepo-2012-2015-mayo-31-b.pdf>
43. Guamal. Alcaldía. Colombia. Alcaldía de Guamal- Meta. Consultado [2015 Ene 03]. URL Disponible en: <http://www.guamal-meta.gov.co/index.shtml#1>
44. Miyazaki MY, Larcher CM; Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010 Consultado [2015 Sep. 20]. 18(6): [09 pantallas]. URL Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_22.pdf)
45. Cardoso, LS, Cezar VM, Costa VZ, Bonow, CA, y de Almeida M., Cubierta verde. Promoción de la Salud y Participación en organizar grupos comunitarios locales. Revista de Enfermería. [Internet]. Consultado [2015 Agosto 20]. (928-934). URL Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1520801052?accountid=48773>
46. Vargas UI, Villegas CO, Sánchez MA. Promoción, Prevención y Educación para la Salud - 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003. [Internet]. Consultado [2015 Sep. 09]. 1 (1-171) URL Disponible en: [http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed21\\_1.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf](http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed21_1.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf)
47. Márquez F. Marco teórico de la promoción y la educación para la salud. Consultado [2015 Octubre 24]. URL. Disponible en: <http://www.ice.udl.es/udv/demoassig/recursos/edusal/fitxers/unidad1.pdf>
48. Nutbeam D. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Departamento de Salud Pública y Medicina de Familia, Universidad de Sídney, [Internet] Consultado [2015 Octubre 24]. 2 (1-183) URL Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte\\_2.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf)

49. Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Prevención de la enfermedad. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud Universidad de Costa Rica. Consultado [2015 Octubre 28]. URL Disponible en: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>
50. Rey FJ. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Universidad de Alcalá Departamento de Psicopedagogía y Educación Física Concepciones presentes en el ejercicio profesional. Consultado [2015 Octubre 28]. URL Disponible en: [http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/2700/Tesis\\_De%20la%20pr%C3%A1ctica%20a%20la%20teor%C3%ADa.pdf?sequence=1](http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/2700/Tesis_De%20la%20pr%C3%A1ctica%20a%20la%20teor%C3%ADa.pdf?sequence=1)
51. Ospina RB, Sandoval JJ, Aristizábal BC, & Ramírez GM. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. Investigación y Educación en Enfermería, Consultado [2015 septiembre 10]. 23(1), 14-29., URL Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072005000100002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072005000100002&lng=en&tlng=es).
52. De la Rosa Bernardo, Estado del bienestar y Educación para la salud. Universidad de Sevilla. Consultado [2015 octubre 28]. Disponible en: [http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/12/art\\_9.pdf](http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/12/art_9.pdf).
53. Rosales P. Perspectivas de Educación para la salud. Santiago de Compostela: revista Tórculo. pp. 345. Consultado [2015 octubre 28] URL disponible en: [http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed21\\_1.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf](http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed21_1.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf).
54. DECLARACION DE ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre. Consultado [2015 Octubre 28]. URL Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=2518](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518)

55. Menéndez E. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado revista CIESAS. Consultado [2015 octubre 29]. 1 (1-3) URL Disponible en: <http://www.ciesas.edu.mx/Publicaciones/diccionario/Diccionario%20CIESAS/TEMAS%20PDF/Menendez%2076f.pdf>
56. Fonseca MT, Rojas MY, Vargas RJ. Comprensión crítica de concepciones y enfoques de desarrollo humano desde el trabajo social. Universidad de la Salle, Facultad de Trabajo Social. [Internet]. Consultado [2015 Sep 15]. URL. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000347.pdf>
57. Materán A, Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa, Geo enseñanza, Universidad de los Andes, San Cristóbal, Venezuela. 2008 [Internet] Consultado [2015 agosto 22]. 13 (243-248) URL Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/360/36021230010.pdf>.
58. Rodríguez Katia Caballero, El concepto de “satisfacción en el trabajo” y su proyección en la enseñanza, Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado, 6 (1-2), 2002, consultado [2015 septiembre 22]. URL. Disponible en: <https://www.ugr.es/~recfpro/rev61COL5.pdf>

## ANEXOS

### Anexo A. CUESTIONARIO DE ACTITUD FRENTE AL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS COLECTIVOS HUMANOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA\*

5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Afirmaciones	1	2	3	4	5
1. El trabajo en el cuidado de la salud en los colectivos propicia el desarrollo de mi autonomía profesional					
2. Considero que mi trabajo con la comunidad debería ser lo suficientemente valorado					
3. Me gusta proponer cambios y alternativas de solución frente a los problemas de la comunidad					
4. Considero que mi trabajo en el área de promoción y prevención me ha brindado la oportunidad de desarrollar mis capacidades como persona y como profesional.					
5. Creo que mi interés en trabajar con los colectivos humanos poco contribuye al desarrollo de mi profesión en este ámbito					
6. Considero que el cuidado a los colectivos favorece mi desarrollo humano y el de los otros.					
7. La comunicación con los colectivos se debe dar a partir de la relación de alguien que sabe, con otro que no posee conocimiento					
8. Considero que la comunicación con los colectivos se debe dar a partir de la valoración de las potencialidades que el otro tiene.					
9. Considero que la comunicación que se establece con los colectivos se debe dar a partir de las necesidades, intereses y problemas que éstos tienen.					
10. Aún me faltan los conocimientos necesarios para desarrollar programas y proyectos con los colectivos					
11. Es importante realizar proyectos con colectivos humanos para enriquecer mi creatividad.					
12. En ocasiones, espero reconocimiento de mi práctica en el cuidado a colectivos.					
13. Mi práctica profesional con los colectivos humanos poco propicia el desarrollo de mi sensibilidad.					
14. Siento entusiasmo por realizar mi práctica con los colectivos					
15. En la institución a la que pertenezco, planteo pocas propuestas de cambio referentes a mi práctica					
16. Me gustaría realizar investigaciones con los colectivos					
17. A pesar de que no obtengo reconocimientos, considero que mi trabajo es gratificante.					
18. Me interesaría participar en la formulación de políticas de salud					
19. Me gustaría promover espacios de concertación y negociación en el trabajo con los colectivos					
20. Mi motivación para trabajar con los colectivos humanos está dada por la falta de espacios de trabajo en el ámbito clínico.					
21. Considero que la educación para la salud es importante en el cuidado a los colectivos					
22. La educación no hace parte de la práctica en el cuidado a los colectivos					

\*Ospina Rave, B. E., Sandoval, J. D. J., Aristizábal Botero, C. A., & Ramírez Gómez, M. C. (2008)

**Anexo B. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS COLECTIVOS HUMANOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA\***

5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Afirmaciones				
1	2	3	4	5
1 Considero que una persona alcanza su desarrollo humano cuando suple sus necesidades de vivienda, educación, empleo y salud.				
2 Considero que el desarrollo humano es un proceso de construcción de sujetos individuales y colectivos, en unas condiciones históricas y culturales específicas.				
3 No creo que la mejor manera de entender el desarrollo humano se dé cuando se resuelven las necesidades económicas de todos los habitantes de un país o de una región.				
4 La promoción de la salud se debe entender como una labor de los servicios de salud que permite controlar los factores de riesgo de las enfermedades.				
5 Considero que la promoción de la salud es un conjunto de acciones del Estado para mejorar el uso de los recursos del sector salud.				
6 La integración de las acciones que realizan el Estado, los sectores sociales y la comunidad para mejorar las condiciones de salud de un colectivo humano, se debe denominar promoción de la salud.				
7 Se debe denominar prevención de la enfermedad al conjunto de actividades orientadas a evitar la ocurrencia de enfermedades específicas en grupos de alto riesgo.				
8 La prevención de la enfermedad no se debe brindar sólo a través de las acciones que se realizan en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud.				
9 Las actividades orientadas a identificar e intervenir los factores de riesgo y los procesos deteriorantes de la salud, no son el camino para prevenir la enfermedad.				
10 Pienso que la mejor definición de lo que es educación para la salud sería: proceso comunicativo bidireccional que tiene como objetivo identificar necesidades, intereses y problemas de las personas.				
11 Considero que la educación para la salud se refiere a un conjunto de actividades que realizan los funcionarios de salud para controlar únicamente factores de riesgo.				
12 Creo que el intercambio de ideas sobre salud entre expertos y no expertos en el tema, no sería la mejor definición de educación para la salud.				
13 Uno de los mecanismos de participación social consiste en aportar ideas relacionadas con el desarrollo social para los más capacitados en la comunidad.				
14 El Estado, mediante sus proyectos y programas, utiliza mecanismos de participación social cuando cuenta con la colaboración de líderes y grupos comunitarios.				
15 Entiendo que hay poca participación social cuando se realiza un proceso de concertación y negociación de ideales entre grupos humanos.				
16 No creo que mi esfuerzo por llevar la salud y la vida humana a un plano de dignidad consolide mi profesión				
17 Considero que el cuidado de la salud a los colectivos depende únicamente del profesional de enfermería.				
18 Considero que el cuidado a los colectivos humanos debe ser objeto de acción investigativa constante del profesional de enfermería, lo cual fortalece su creatividad y sensibilidad.				

\*Ospina Rave, B. E., Sandoval, J. D. J., Aristizábal Botero, C. A., & Ramírez Gómez, M. C. (2008)